短期入所　利用申込書

西宮すなご医療福祉センター　宛

利用申込み日 ： 　　　　　年　　　月　　　日

申込者氏名（続柄）：　　　　　 　（　　　）

下記のとおり、短期入所の利用を申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | Tel.（　　　　　）　　　　- |
| FAX.（　　　　　）　　　　- |
| 希望日時 | 入退所の時間については、欄外の注意事項をご確認ください  第1希望  （入所）　　　月　　　日　～（退所）　　　月　　　　日　　　　時　　　　分 | |
| 第2希望  （入所）　　　月　　　日　～（退所）　　　月　　　　日　　　　時　　　　分 | |
| 備考（例：どこでも良い、水曜入所希望など） | |
| 利用目的 |  | |
| 体調の変化 | ※前回の短期入所ご利用からの体調の変化や経過等 | |
| その他 |  | |

＜注意事項＞

※ご利用の可否については、メール/お電話にてご案内させて頂きます。

そのため、大変申し訳ありませんが、お断りする場合でも、ご相談をお受けすることが出来ません。

※入所時間は午前中のみです。時間はセンターで調整を行います。

※退所時間は午後のみ（14時～17時）です。時間はセンターで調整を行いますが、ご希望があればご記入下さい。

＜問い合わせ＞

・相談支援課 担当.坂田／種橋

TEL 0798-47-9959　・　sunago.short.9959@gmail.com