

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	<u>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</u>
	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いただきます。

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