FAX：0798-43-1022　　Email：sunago.short.9959@gmail.com

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し込みます。

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：どこでもよい、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、メールまたは電話にてご案内いたします。
　調整の結果、お断りする場合もございます。ご了承ください。

※入所は午前のみです。センターで調整を行いますので、時間帯をお選びいただけません。

※退所は午後のみ（14 時 30 分～17 時）です。センターで調整を行いますが、ご希望があればご記入ください。

＜お問い合わせ先＞
相談支援課　坂田／種橋
TEL：0798-47-9959
MAIL：sunago.short.9959@gmail.com