

成和ナーシングプラザ利用申込書

平成 年 月 日

利用者	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名		男 女	明治・大正・昭和 年 月 日生	才
	住所	〒 TEL ()			
	要支援・要介護 状態区分等	支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5 初回申請中・更新中・区分変更中 (申請前 支1・支2・1・2・3・4・5)			

希望するサービスに○をつけてください

<ol style="list-style-type: none"> 長期入所サービス 短期入所サービス 通所リハビリテーション(6時間以上7時間未満) 通所リハビリテーション(1時間以上2時間未満)
--

利用者の個人情報について

個人情報保護法に基づき、個人の情報(利用中の病状・介護状況など)は個人の同意が必要になります。つきましては、当施設での個人情報提供は、利用者の個人情報同意があった方で、かつ申請者・緊急連絡先1に記入している方のみとなります。

申請者	フリガナ		個人情報同意	有 ・ 無	
	氏名		年齢	才	続柄
	住所	〒		TEL ()	携帯

緊急連絡先1	フリガナ		個人情報同意	有 ・ 無	
	氏名		年齢	才	続柄
	住所	〒		TEL ()	
				携帯	
勤務先		TEL ()			

緊急連絡先2	フリガナ				
	氏名		年齢	才	続柄
	住所	〒		TEL ()	
				携帯	
勤務先		TEL ()			