

# 利 用 申 込 書

令和 年 月 日

医 療 法 人 仁 政 会  
介 護 老 人 保 健 施 設 翠 香 苑  
施 設 長 浅 利 正 雄 殿

## 1、利用希望者

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ M・T・S 年 月 日生

## 2、保護義務者

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ ④ ( 歳 ) 続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ TEL ( ) - \_\_\_\_\_

## 3、利用内容

入 所 ・ 短期入所  
通所リハビリ ( 月 日～ ) ・ 訪問リハビリ ( 月 日～ )

上記のとおり貴施設の利用を申込みます。

※次の書類を添付して下さい。

●診療情報提供書

適 否 適 否 否

施設長	事務局長	看 護	介 護	支援相談員