

【FAX 番号：0243-24-6072】 (FAX で送付する場合)

日本福祉サービス株式会社

JWS 陽だまりの郷

令和 年 月 日

(※)：必ずご記入
ください。

入居説明・見学・体験入居等申込書

フリガナ (※)					
申込者様氏名 (※)		(姓)	(名)		
申込者 ご家族様 記入欄	ご住所 (※)	〒 - -----			
	電話番号 (※)	-	-		
	FAX 番号	-	-		
	入居希望者様との 続柄				
入居 予定者 様情報	入居予定者様氏名	(姓)	(名)		
	年齢	歳	性別	男・女 (いずれかに○を お付け下さい)	
	ご住所	〒 - -----			
	電話番号	-	-		
	FAX 番号	-	-		
	現在のお住まい場所の 住所・名称	(例：二本松市内 「有料老人ホーム〇〇の郷」)			
説明・見学・体験入居希望等時期	平成 年 月 日 (例：平成 26 年 5 月 1 日)				
介護について (現在の状況)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5 <input type="checkbox"/> 未確認				
申込内容	<input type="checkbox"/> 入居説明・見学 <input type="checkbox"/> 体験入居 <input type="checkbox"/> その他()				
ご希望資料	<input type="checkbox"/> 入居パンフレット <input type="checkbox"/> デイサービスチラシ <input type="checkbox"/> 訪問介護チラシ <input type="checkbox"/> その他()				
弊社をお知りになった 理由(きっかけ) (※)	<input type="checkbox"/> パンフレット等 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 新聞記事・チラシ <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設・事業所 <input type="checkbox"/> その他()				
お問合せ内容等					