

事業所様記入用

陽溜の郷ショートステイ 予約表

申込日 : 年 月 日

F A X : 0852-38-8156

T E L : 0852-38-8155

貴事業所名		担当者名	
T E L		F A X	

← 新規の場合は✓してください

ご利用者名	様	送迎希望		利用理由 (介護者不在等)
		行き	帰り	
ご利用希望日	①	月 日() ~ 月 日()		
	②	月 日() ~ 月 日()		
	③	月 日() ~ 月 日()		
	④	月 日() ~ 月 日()		
	⑤	月 日() ~ 月 日()		
	その他の希望 (月の中旬〇〇日間 等)			

陽溜の郷記入用

陽溜の郷ショートステイ 結果表

返信日時 : 年 月 日

事業所名	特別養護老人ホーム 陽溜の郷 ショートステイ	担当者名	大野 栄美子
T E L	0852-38-8155	F A X	0852-38-8156

結 果

<input type="checkbox"/> 上記(予約表)の内容で受け付けました	
<input type="checkbox"/> 右記の予定ではどうでしょうか?	
<input type="checkbox"/> キャンセル待ちとなります	
<input type="checkbox"/> ()	
その他 (質問、様子等)	