

申込日 年 月 日

## 利用申込書(小規模多機能型居宅介護 トマトの樹)

この度は、「小規模多機能型居宅介護 トマトの樹」の利用申込をいただきありがとうございます。  
下記の事項についてご記入下さい。

ふりがな 申込者名				続柄	
連絡先	(郵便番号 - )				
	電話番号		携帯番号		

ふりがな 利用者名			要介護度	要介護(1・2・3・4・5)	
生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日 ( 歳)		性別	男・女	
連絡先	(郵便番号 - )				
	電話番号		携帯番号		
疾患名	※現在の病名を必ずご記入下さい。				
かかりつけ 医療機関情報	医療機関名				
	主治医名		連絡先 電話番号		
居宅介護支援 事業所情報	事業所名	※現在利用されている居宅介護支援事業所名をご記入下さい。			
	ケアマネ名		連絡先 電話番号		
その他	※ご要望等ありましたらご記入下さい。				
申込み受付日	平成 年 月 日				

「利用申込書」に記載された個人情報は、目的以外での利用および無断での第三者への開示は一切いたしません。



ケアコミュニティ トマトの樹 TEL 088-878-7588 FAX 088-878-7589  
高知市介良乙883-2 (南国バイパス家具の島田屋の北側)  
小規模多機能型居宅介護 担当 門田(かた) 美恵子