入 居 申 込 書

医療法人 栄心会
サービス付き高齢者向け住
さかえサンライズハート

◎太枠内をご記入の上、ご提出願います。

申 込 日	年 月 日			No.
入居希望者様 氏 名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 年 月 日（ 歳） 昭和
住 所				
要介護認定の状況	要支援 1 ・ 2 申請中 未認定 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
入居希望理由 および 現在の生活状況				
医療機関の受診状況	医療機関名〔 〕 主治医〔 〕 既往症（疾患名）〔 〕			
介護サービスの利用状況	1. 自宅等で介護サービスを利用している 〔 ケアプラン担当事業所名： 〕 2. 病院・老人保健施設・老人ホーム等に入院・入所している 〔 施設名： 〕 3. その他〔 〕			
身元引受人様 氏 名	フリガナ	続柄		
住 所				
電 話 番 号		携帯電話		
入居希望者様または身元引受人様のご署名	ご芳名： 印			

※ 入居希望者様または身元引受人様のご承諾のない限り、お預かりした個人情報を本利用目的以外に使用することはございません。
※ 本申込書の提出がご入居の決定ではございません。本申込書はご入居決定の為に必要な書類の一つになります。

〔問合先・申込先〕 さかえサンライズハート
郡山市横塚2－18－8
TEL. 024－941－2033 FAX. 024－943－2037

〔運 営 主 体〕 医療法人 栄心会 さかえ内科クリニック
郡山市横塚2－15－6 TEL. 024－941－2202