

短期宿泊施設 利用申込書

年 月 日

かがわ総合リハビリテーション 福祉センター長 宛

〒 _____

住 所 _____

団 体 名
また は 氏 名 _____

団 体 の 時 は
代 表 者 の 職 氏 名 _____

Ⓜ

電 話 (_____) _____

短期宿泊施設を利用したいので申し込みます。

記

利用年月日	年 月 日 ~ 年 月 日					泊
利用人員	利用者総数	内 訳				介 護 者
	計	障 が い 者				
部 屋 番 号	計	201号室 (引き戸)	202号室 (引き戸)	203号室 (開き戸)	204号室 (引き戸)	人
部 屋 別	計					
利用希望人員	人	人	人	人	人	
部 屋 の 種 類		洋室 ベッド3台	洋室 ベッド3台	洋室 ベッド3台	洋室 ベッド2台	
定 員	定員計11人	3人	3人	3人	2人	
備 考						

注1) 該当する欄にご記入ください。

注2) 右欄の利用者名簿にもご記入ください。

注3) 障がい者のみでもご利用いただけますが、福祉センター職員が常駐していない関係で、安全面には、十分ご留意いただきますようお願いいたします。

注4) お食事の提供は いたしておりませんので、予めご了承ください。

注5) 利用日の取り消し、または、人数を変更する場合は、3日前までにご連絡ください。

注6) 氏名を自署で行う場合、押印を省略できます。(Ⓜ欄は、署名でも可)