

# 特別養護老人ホーム 宇治愛の郷 ショートステイ 担当者 行

FAX 0774-21-0025

利用者氏名

平成 年 月分

担当居宅介護 支援事業所	事業所名
	TEL
	FAX
担当者	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
利用希望日																																
送迎希望																																
確定利用日																																
送 迎																																

その他の希望	
--------	--

- ◎ 利用希望日にすべて○印をつけてください
- ◎ 送迎を希望される場合には入所日、退所日に○印をつけてください

※注 出来るだけ、ご希望に添えるように調整しますが入退所の件数等でご希望の日数に添えないことがあります。  
 ※注 お部屋の決定につきましては施設にてさせていただきます。