

担当ケアマネ各位

下記太枠 ご利用希望者名および利用予定日の記入お願いいたします。

(2回目以降利用) ショートステイ予約希望依頼票

送信日時 年 月 日 時頃

ご担当者名 様 所属事業所名

ご利用希望者名 様 *イニシャルでも可

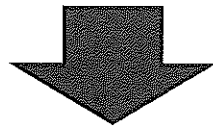
ご担当者 記入欄(送信月の2か月先迄)				登立記入欄(返信欄)		ご担当者・登立記入欄
キャンセル 待ち希望	利用開始予定日		利用終了予定日	居室確保状況	代替日のご提案	備考
	月 日	~	月 日	可・現在不可	月 日~ 月 日	
	月 日	~	月 日	可・現在不可	月 日~ 月 日	
	月 日	~	月 日	可・現在不可	月 日~ 月 日	
	月 日	~	月 日	可・現在不可	月 日~ 月 日	

*お問い合わせありがとうございました。この用紙にて居室確保状況を記入の上、到着後3日以内に返信いたします。

*返信があるまでは、居室確保の確定とはなりませんので、返事がない場合、登立までお問い合わせ下さい。電話826-5657

*月途中でのご依頼の場合、居室確保ができ次第、提供票の差し替えをお願いいたします。

*お急ぎの場合は電話でも対応可能ですが、登立が不在の場合もあるので、FAX送信の上その旨お知らせください。



FAX送信票 (ショートステイ予定問い合わせ返信)

年 月 日 :

ご担当 様

ショートステイ エルフ山の手
管理者兼生活相談員 登立紗古
☎826-5657 FAX826-5673

平素よりお世話になっております。ショートステイご利用のお問い合わせありがとうございます。
現在の居室の確保状況を記入いたしました。ご査収くださいませ。

*代替日提案の記載時は、お手数ですが、代替日ご希望かキャンセル待ち優先か備考欄に記入の上、返信下さい。

【通信欄】

--