

入所・通所サービス利用 申込書

記入日 年 月 日

利用者	氏名	フリガナ	性別	生年月日	年 月 日
			男 ・ 女		
	住所	〒 —	電話番号		
介護保険負担限度額認定証		あり ・ なし			

《 連絡先 》

①	KP <small>キーパー</small>	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	年 月 日
		住所	〒 —	電話番号		自 宅：
勤務先	名称：	携 帯：				
				勤務先：		

②	氏名	フリガナ	続柄	緊急時 連絡先 順位 2	
				電話番号	自 宅：
住所	〒 —				携 帯：

③	氏名	フリガナ	続柄	緊急時 連絡先 順位 3	
				電話番号	自 宅：
住所	〒 —				携 帯：

個人情報の取り扱いについて

・《連絡先》へ記入いただいた方は、ご本人の個人情報をお伝えすることへ同意をいただいたものといたします。連絡先への記載がない方から、お電話による利用者の個人情報に係るお問い合わせはお受けできません。

・ **確認** 施設利用中に撮影した本人写真について利用可能なものへ をつけてください。

- 施設内の写真掲示
 チラシ掲載
 施設ホームページ・SNS掲載
 いずれも利用不可 (Instagram等)

・ ご面会はKP様以外の方も可能となっております。

面会制限を希望された場合は、面会は面会カードを持参した方のみとなります。

制限を希望される場合は をつけてください。

面会制限を希望する