

住宅型有料老人ホーム Noah's ark ～ノア's アーク～ 入居申込書

受付日	受付者
令和 年 月 日	

※お手数ですが太枠内のご記入をお願いします。

入居希望者氏名（フリガナ）	性別	生年月日	年齢
	男・女	M T S 年 月 日	歳
電話番号	住所		
	〒		
現在の状況	入居・入院先名（入居・入院に〇された方のみ記入）		
在宅 ・ 入所 ・ 入院			
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
認定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		

ご家族代表者氏名（フリガナ）	ご家族住所		
	〒		
ご家族電話番号	続柄		
（自宅）			
（携帯）			

担当ケアマネージャー等記入欄		
お名前	所属事業所・施設・病院名	担当事務所連絡先

備 考

※お申込み後に訪問調査をさせて頂きその後入居検討となります。
 訪問調査の日程は後日改めてご連絡させていただきます。
 満室の際は、入居待機のお客様として訪問調査をさせていただきます。
 ※申込が入居確定ではございませんのでご了承ください。

住宅型有料老人ホーム「Noah's ark ～ノア's アーク～
 担当：浦部・西岡
 TEL： 0968-38-0055 FAX：0968-38-0056