

FAX送信

FAX番号:0996-62-2239

No. \_\_\_\_\_

## サービス付き高齢者向け住宅 オリーブ 入居相談受付書

受付年月日 平成 年 月 日

個人情報に関して

本日お客様から取得する個人情報は以下の目的で利用致します。  
「サービス付き高齢者向け住宅 オリーブ」に関するご確認やご連絡のため。  
当院はお客様から、個人情報の利用目的の通知、個人情報の開示、訂正、削除の申し出があった場合は速やかに対応致します。  
当院は個人情報のお取り扱いについては、責任を持って保護に努めます。

上記記載事項に同意 する しない

フリガナ									性別 (男・女)
① 入居希望者名(ご本人)									
ご連絡先	住所								
	TEL								
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)								
要介護度	自立	支援1	支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日								
フリガナ									続柄
② ご相談者名									( )
ご連絡先	住所								
	TEL	TEL	TEL2						
ご本人の現在の状況	1 在宅で生活中								
	2 入院中								
	3 施設入所中								

入所希望時期: ① 即 ② 平成 年 月 日頃

備考・施設への希望等