

受付No.

利用申込書（入所・SS）

令和 年 月 日

利用者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	大・昭	年 月 日	
	住所	〒 電話 ()				
申込者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	大・昭	年 月 日	
	住所	〒 携帯 () 電話 ()				
連絡先		氏名	年齢	続柄	住所	電話番号
	①					
	②					
	③					
請求先	ふりがな		続柄			
	氏名					
	住所	〒 電話 ()				

〒559-0011 大阪市住之江区北加賀屋1丁目11番20号

医療法人仁悠会 介護老人保健施設 カルチェ住吉川

TEL 06-6686-2511 FAX 06-6686-2518