



# 湘南長寿園 ご相談・資料請求お申し込み

枠内に必要項目をご記入ください

## FAX送信用紙

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒		都道府県
電話番号	( )	携帯	
E-mail			

確認できる項目のみでご記入ください

ご入居者のお名前		ご入居者のご年齢
ご入居者様との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご両親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻	
	<input type="checkbox"/> ご兄弟 <input type="checkbox"/> ご親戚 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他	
ご入居者様の介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	
	<input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5	
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中	
ご入居者様のお体の状態	(例) 認知症、糖尿病、寝たきり 等	
ご連絡に都合のよい時間帯 日にち等ございましたらご記入ください		

ご相談内容

老人ホーム 湘南長寿園

お電話 0466-81-3776

# FAX 送信先 0466-81-1510