

## 滝野川病院附属介護老人保健施設利用申込書

平成 年 月 日

利用申込者 氏名

(代筆者)

フリガナ			
利用者氏名	殿	性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( )歳		
住 所	〒  電話番号 ( )		

連絡先	氏名	続柄 ( )	電 話	(自宅)
	住所	〒		(携帯)
連絡先	氏名	続柄 ( )	電 話	(自宅)
	住所	〒		(携帯)

介護老人保健施設「滝野川病院附属介護老人保健施設」の入所相談にあたり、利用者およびその家族に関する個人情報の利用を同意します。