

入居に関するご相談の申し込みはFAXでも承ります。相談をされたい方は、この申込書に必要事項を記入の上、下記番号宛てに送信してください。追ってホームから連絡をさせていただきます。

令和 年 月 日

AELCARE 有限会社  
(住宅型有料老人ホーム愛の郷) 宛て

FAX: 096-320-5251

## 入居相談申込書

### 【相談者の方について】

ふりがな		入居される方とのご関係
氏名		
電話番号		

### 【入居される方について】 (※該当する項目に○をつけてください)

ふりがな					
氏名					
性別	男 女	生年月日	大正 昭和	年 月 日	
要介護度	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
現在のお住まい	自宅(独居 夫婦のみ その他) 有料老人ホーム 介護施設 その他( )				
介護サービス 利用の有無	有 ⇒ 利用中のサービス 無 ( )				

### 【その他】

希望される居室のタイプ (どちらかに○をつけてください)	個室	多床室
希望される入居の時期		

【個人情報の取扱について】 この入居相談申込書にご記入いただきます個人情報につきましては、ホームへの入居相談の目的に限って使用し、それ以外の目的で使用することや第三者に提供することは一切ありません。