



す・が・ろ・う

老人ホーム紹介センター

ご相談・資料請求お申込み FAX送信用紙

FAX送信先 03-5673-2857

電話相談は 0120-005-075

下記太字内にお客様情報及び、ご相談内容をご記入下さい。

フリガナ		電話番号	
ご相談者のお名前		携帯電話	
ご住所	〒	都道府県	
E-Mail アドレス	@		

▼わかる範囲でお書き下さい。(ご入居予定者の方の内容)

ご希望の地域		ご入居予定者のご年齢	歳
ご入居予定者のお名前			
ご入居予定者との関係			
ご入居予定者の介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		
ご入居予定者のお身体の状態	例:認知症、糖尿病、寝たきり等		
ご予算(初期費用、入居金)	~	ご予算(毎月の費用)	~
ご入居希望時期	ご連絡に都合の良い時間帯(あればご記入)		
ご相談内容	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		



す・が・ろ・う

老人ホーム紹介センター

受付	処理