

# <レスパイト入院申込書>

FAX 番号（患者総合支援センター直通） 0763-33-1591

事業所名： .....

ご担当者名： .....

電話番号： .....

FAX 番号： .....

申込日： 令和 年 月 日

	ふ り が な
利用者氏名	様
生年月日・年齢	T・S・H 年 月 日 ( ) 歳
性別	男 ・ 女
住所	
電話番号	
利用理由 <small>当てはまる項目に ○をつけてください</small>	介護者：体調不良 冠婚葬祭 その他 ( ) サービス：ショートステイ利用不可 その他 ( )
移動方法	車椅子 ・ 寝台 ・ その他 ( )
レスパイト希望 入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

◆平日入院となります。

〒939-1395 富山県砺波市新富町 1 番 61 号  
市立砺波総合病院 患者総合支援センター  
電話番号 0763-32-8361  
FAX 番号 0763-33-1591