**＜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 |  |
| 利用理由当てはまる項目に○をつけてください | 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