

特別養護老人ホーム せとうち
 瀬戸内市邑久町福中1180
 FAX:0869-22-2828
 TEL:0869-22-2006
 (担当者:森田・藤原)

ショートステイ予約表(7月分)

ご利用者名: _____ 様

月	火	水	木	金	土	日	
1 送迎(要相談)	2 送迎(有・無)	3 送迎(有・無)	4 送迎(有・無)	5 送迎(要相談)	6 送迎(要相談)	7 送迎(要相談)	日祝の送迎・入退所は体制上、対応が難しい場合がございますが、ご相談ください。ご希望に添えない場合もございます。
8 送迎(要相談)	9 送迎(有・無)	10 送迎(有・無)	11 送迎(有・無)	12 送迎(要相談)	13 送迎(要相談)	14 送迎(要相談)	
15 送迎(要相談)	16 送迎(有・無)	17 送迎(有・無)	18 送迎(有・無)	19 送迎(要相談)	20 送迎(要相談)	21 送迎(要相談)	
22 送迎(要相談)	23 送迎(有・無)	24 送迎(有・無)	25 送迎(有・無)	26 送迎(要相談)	27 送迎(要相談)	28 送迎(要相談)	
29 送迎(要相談)	30 送迎(有・無)	31 送迎(有・無)					

ご利用希望日、送迎希望に○をつけて送信して下さい。

※現在、月・金曜日の送り、土曜日の迎え、日曜日の迎えと送りのご希望が非常に多く増えており、要相談としてはおりますが、ご希望に添えない場合がございます。
 新規の方で上記の曜日に送迎をご希望される方は事前にご相談ください。
 ご希望が集中する場合や送迎体制の関係で、ご家族様でのお迎え・お送り、ご利用日の変更等の相談をさせていただく場合がございます。

FAX受付順に後日連絡を差し上げます。
 受付は、5/1(水)朝9:00からとなります。送信は9:00以降でお願いします。

ご担当居宅: _____

ご担当ケアマネージャー: _____

TEL: _____