オアシス千歳　ショートステイ

＿＿年＿＿月分

記載の上、25日から下記の連絡先にFAXしてください
FAX:　(072)771－3200　　担当:吉井様

受付案内
1. FAXオーダーにつきましては、毎月25日より受付します
（土日の場合は、当方での取り扱いは翌営業日となります）
2. 予約確認の返答は調整後、月末までにFAXにて連絡させていただきます
3. 新規利用者につきましては、事前に情報カードの送付をお願いします

＿＿＿＿＿＿居宅支援事業所

	利用者名	ケアマネ	予約希望日	送迎	おやつ	
1			月　日 ～ 月　日	迎／送／家族	要／不要	
2			月　日 ～ 月　日	迎／送／家族	要／不要	
3			月　日 ～ 月　日	迎／送／家族	要／不要	
4			月　日 ～ 月　日	迎／送／家族	要／不要	
5			月　日 ～ 月　日	迎／送／家族	要／不要	
6			月　日 ～ 月　日	迎／送／家族	要／不要	
7			月　日 ～ 月　日	迎／送／家族	要／不要	

備考

※おやつ代として　200円／日　別途必要となります（希望者のみ）

返信欄（上記予約の返信をFAXさせていただきます）