

FAX 送信先：橋田歯科医院 0829-34-2646

入居相談 申込書

※この申込書は、入居の申込みではなく、入居に関する個別相談の申込です。

入居条件や建物内の設備状況など、個別にお聞きしたいことがございましたら
お気軽にご相談下さい。

個別相談は、11月初旬から、順次、開始いたします。

希望の日時をご記入ください。日程調整を兼ねて、担当者から折り返しのご連絡を
しますので、連絡のつきやすい電話番号および連絡可能な日時をご記入ください。

※入居相談は、ご本人様の同行は不要です。入居希望ご本人様のことをよくご存じの
ご家族やご親族、相談員さんがお越し下さい。

入居相談 希望日時*	第一希望： 月 日 () 時 第二希望： 月 日 () 時 第三希望： 月 日 () 時
入居希望者 氏名 (性別)	
入居希望者 生年月日	
入居希望者 氏名 (ルビ)	()
個別相談参加者 (続柄)	()
住所	
電話番号	
(事業所様の場合) 事業所名・担当者名 連絡先	
折返し連絡可能な日時 連絡先	

*入居相談は、土曜日・日曜日・祝日でも可能です。

夜遅い時間 (概ね 20 時頃まで) も可能です。