

### 資料請求 FAX フォーム

以下にご記入の上、ゆんたくまで FAX をご送信ください。

「\*」マークの箇所は、必ずご記入ください。

#### ■申請者(入居予定の方)について

お名前*									
ご住所	〒								
TEL*									
介護保険	介護度	要支援 1	要支援 2	1	2	3	4	5	
	有効期間	年 月 日 ~			年 月 日				
	認定日	年 月 日							
生年月日	年 月 日								
性別*									

#### ■申込者(現在ご記入いただいている方)について

お名前*									
ご本人との続柄*									
ご住所	〒								
TEL*									
メールアドレス									
その他備考がありましたらご記入ください									