

老人保健施設ビバ・フローラ 入所相談・利用申込書

|         |      |                           |    |                          |                |     |
|---------|------|---------------------------|----|--------------------------|----------------|-----|
| ご利用者    | フリガナ |                           |    | 生年月日                     |                | 性別  |
|         | 氏名   |                           |    | 明・大・昭（西暦 年）<br>年 月 日（ 歳） |                | 男・女 |
|         | 住所   | (〒 - )<br>電話 - - 携帯電話 - - |    |                          |                |     |
| ご相談者    | フリガナ |                           |    | 利用者との続柄                  |                |     |
|         | 氏名   |                           |    |                          |                |     |
|         | 住所   | (〒 - )<br>電話 - - 携帯電話 - - |    |                          |                |     |
| 緊急時ご連絡先 | 優先順位 | フリガナ氏名                    | 住所 | 続柄                       | 電話番号①<br>電話番号② | 備考  |
|         |      |                           |    |                          |                |     |
|         |      |                           |    |                          |                |     |
|         |      |                           |    |                          |                |     |

入所が決定している場合は下記もご記入ください。

保証書

医療法人社団さくら会  
老人保健施設ビバ・フローラ施設長 殿

貴施設の利用に際して、貴施設利用約款及び重要事項説明書を受領し、この内容について担当者より説明を受け、これらを十分に理解し同意した上で、施設利用を申込みます。

利用約款第5条に基づく利用料金の支払いについては、利用者及び連帯保証人の責任において、必ずお支払いします。

|                                                  |      |                           |  |                        |  |         |
|--------------------------------------------------|------|---------------------------|--|------------------------|--|---------|
| 利用者による利用料金等の支払いが指定期日までになかった場合、私が連帯して支払いの責任を負います。 |      |                           |  |                        |  |         |
| 連帯保証人                                            | フリガナ |                           |  | 生年月日                   |  | 性別      |
|                                                  | 氏名   | Ⓜ                         |  | 昭・平（西暦 年）<br>年 月 日（ 歳） |  | 男・女     |
|                                                  | 住所   | (〒 - )<br>電話 - - 携帯電話 - - |  |                        |  | 利用者との続柄 |
|                                                  | 勤務先名 |                           |  |                        |  | 極度額     |
|                                                  |      | 電話 - -                    |  |                        |  | 100 万円  |
| 連帯保証人は、別世帯で独立の生計を営み、利用料の支払い能力のある方とします。           |      |                           |  |                        |  |         |

ご提供いただいた個人情報につきましては、当施設個人情報保護方針に基づき適正に取り扱います。

<請求書、明細書及び領収書等送付先>

〒  
住所： \_\_\_\_\_  
氏名： \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）