



FAX: 022-341-5907

小規模多機能型居宅介護施設『美里の風』ご利用相談用紙

利用希望者情報

お名前	
お住まい	宮城県
連絡先	
年齢	才
要介護認定	①要介護1 ②要介護2 ③要介護3 ④要介護4 ⑤要介護5 認知症 有・無
利用希望時期	①すぐにでも ②1年以内

..... ご要望・ご相談内容

- ご相談希望日：
- ご家族状況： 同居している 一人暮らし
- ご要望など：

ご相談者情報

連絡先：	入居希望者との関係：
ご相談者氏名：	

★ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。