



# 有料老人ホーム情報館

## ご相談・資料請求お申込み FAX送信用紙

下記太枠内にお客様情報および、ご相談内容をご記入ください。 お電話相談は **0120-16-6246**

フリガナ ご相談者の お名前		電話番号 ( )	
		携帯電話	
ご住所	〒		都 道 府 県
E-Mail アドレス	@		

▼わかる範囲でお書きください。（ご入居予定者の方の内容）

ご希望の地域			
ご入居予定者 のお名前		ご入居予定者 のご年齢	歳
ご入居予定者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご両親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> ご兄弟 <input type="checkbox"/> ご親戚 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母   その他( )		
ご入居予定者 の介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		
ご入居予定者 お身体の状態	例: 認知症、糖尿病で寝たきり など		
ご予算 (入居金)	～	ご予算 (毎月の費用)	～
ご入居 予定時期		ご連絡に都合の よい時間帯	
ご相談内容 ..... ..... ..... ..... .....			

【資料をご希望のホーム名】 ▼資料請求したいホームがあればお書きください。（パンフレットは無料です）

※ 例) ○○ホーム・東京 等	

有料老人ホーム情報館  
www.roujin-homes.jp

お電話のご相談は 0120-16-6246  
**FAX送信先: 03-5491-5006**

受	付	処	理