▼こちらまでお送りください。

FAX　03-3524-7002

株式会社シニアライフサポート

■老人ホーム・介護施設・高齢者住宅をお探しの方へ

ご相談内容を以下に記入していただき、FAX で送信してください。
見学を希望される方は希望日時のご記入もお願いいたします。
※印項目は必須項目になります。当てはまる□にはチェックを付けてください。

▼ご相談者様情報

■※お問合せ項目　□ご相談・お問合せ　□資料希望　□見学予約

■施設名　【　　】
【　　】
【　　】
【　　】

■ご見学希望日時 ※ご見学を希望される方はご記入ください。
例）11 月 1 日　13 時頃

第一希望【　月　日　時　施設名　　】
第二希望【　月　日　時　施設名　　】
第三希望【　月　日　時　施設名　　】

■※お名前　【　　】

■フリガナ　【　　】

■※お電話番号　【　　】

■FAX 番号　【　　】

■ご住所　【〒　　】

▼ご入居者様情報　ご入力いただけるとより詳しくご案内ができます。

□ご相談者様と同じ場合はチェックを入れてください。

■お名前　　【　　】

■フリガナ　　【　　】
■ご住所　　【〒　　】

■年齢　【　　】歳

■性別　□男性 □女性

■ご相談者様との関係
□本人 □父 □母 □義父 □義母 □祖父 □祖母 □その他

■入居希望時期
□すぐにでも □6ヵ月以内 □1年以内 未定

■介護度
□自立　□要支援　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5　□不明

■ご相談・お問合せ内容