入居予約申込書

令和　　　年　　　月　　　日

入居予定者　氏名：

　　　　　　生年月日：

　　　　　　要介護区分：

相談者　氏名；　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　　）

　　　　　　住所：

　　　　　　電話番号：

介護付き有料老人ホーム　キートス八千代

群馬県高崎市八千代町1-11-17

ＴＥＬ：027-326-5000

ＦＡＸ：027-326-0222

施設長　　内田　聡子