

FAX 送信状

ライフアシスト 行き

老人ホームを探しております。以下の条件を参照ください

ご年齢	性別	介護度	ご予算		ご希望地域	
才	男・女	要支援・要介護	入居金			
			月額			
病状				A D L	歩行	
					入浴	
医療行為	(あり ・ なし)				食事	
					排泄	

備考

上記、依頼者のご提案資料の連絡を頂きたい 返答期日 月 日まで

FAX 電話 メール 来院

送信元	病院名			
	ご担当者		電話	
			FAX	

・着信確認 必要 不必要

(FAX が届いたら、折り返し電話必要な場合には、必要にチェックしてください)

フリーダイヤル 0120-966-769

※ライフアシスト株式会社専用のご依頼フォーマットです。ご利用の程、宜しくお願ひ致します