**１階ガラス越し対面面会希望申込書**

**◎太枠内をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　【施設控】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 入所者氏名 | (フリガナ) | | | | ２階  ３階 |
|  | | | |
| 面会代表者氏名 | (フリガナ) | | | | |
| (他　　　　名) | | | | |
| 面会者連絡先  (電話番号) | （自宅）　　　　　　　（　　　　　　） | | | | |
| （携帯）　　　　　　　（　　　　　　） | | | | |
| 面会希望日時 | 第１希望 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日）  午後　　　時　　　分　～　　　　　時　　　分 | | | |
| 第２希望 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　曜日）  午後　　　時　　　分　～　　　　　時　　　分 | | | |

－－－－－－－－－－－－－－－－（切り取り線）－－－－－－－－－－－－－－－

**【申込者用控】**

|  |  |
| --- | --- |
| 確定日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　曜日）  午後　　　　時　　　　分　～　　　　　　時　　　　分 |
| 受付担当者 |  |

◎**キャンセル時**、**速やかにお電話してください**。

**電話受付時間　　048-834-3700　（平日　午前９時　～　午後５時）**

◎健康状態問診票を記入の上、**確定日時の10分前にはお越しください**。

◎面会時はマスクの着用及び手指消毒をお願いします。施設からマスク配布はございません。忘れずに着用してください。

◎２週間以内に咳・発熱等、体調不良のあった方は面会できません。

◎入所者様の体調次第で、面会できない場合もございます。

予めご了承ください。