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。