

FAX 送付状(往復)

*頂いた御予約の確認のため、こちらをファックスにて返信致します。

送信日 年 月 日
返信日 年 月 日

*ご予約はご利用希望日の2ヶ月前(1日)からです。

特別養護老人ホーム晃風園ぬくもり 短期予約申込書

事業所名	
ご担当者様	
電話	
FAX	



● 特別養護老人ホーム晃風園ぬくもり

担当	和田・三河・中村
電話	046-263-8088
FAX	046-263-0080

*ご予約状況によりご希望に添えない場合がございます。

ご利用者様氏名	ご希望利用日	送迎の有無	キャンセル待ち	ご予約
	月 日()~ 月 日()	迎 送	要 不要	【決定日】 月 日()~ 月 日() () ご予約確定しました () キャンセル待ちになります
	月 日()~ 月 日()	迎 送	要 不要	【決定日】 月 日()~ 月 日() () ご予約確定しました () キャンセル待ちになります
	月 日()~ 月 日()	迎 送	要 不要	【決定日】 月 日()~ 月 日() () ご予約確定しました () キャンセル待ちになります
	月 日()~ 月 日()	迎 送	要 不要	【決定日】 月 日()~ 月 日() () ご予約確定しました () キャンセル待ちになります
	月 日()~ 月 日()	迎 送	要 不要	【決定日】 月 日()~ 月 日() () ご予約確定しました () キャンセル待ちになります
	月 日()~ 月 日()	迎 送	要 不要	【決定日】 月 日()~ 月 日() () ご予約確定しました () キャンセル待ちになります

*キャンセル待ちいただく場合は、空기가出た場合のみのご連絡とさせていただきます。

備考
