

夕食 配食 利用申込書

社会福祉法人 梅の樹会 フラワープラム

申込日 平成 年 月 日

利用開始日	平成 年 月 日から	
利用者氏名		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
住所		
電話番号	()	
緊急連絡先①	氏 名： 住 所： 電話番号： (.....) 続 柄：	
緊急連絡先②	氏 名： 住 所： 電話番号： (.....) 続 柄：	
担当ケアマネジャー	氏 名： 事業所名： 住 所： 電話番号： (.....)	
利用コース	<input type="checkbox"/> お弁当コース (ご飯、おかず、汁物) <input type="checkbox"/> 3日間/2,310円 (税込：1食770円) <input type="checkbox"/> 4日間/3,040円 (税込：1食760円) <input type="checkbox"/> 5日間/3,750円 (税込：1食750円) <input type="checkbox"/> 6日間/4,440円 (税込：1食740円)	<input type="checkbox"/> おかずコース (おかず、汁物) <input type="checkbox"/> 3日間/2,010円 (税込：1食670円) <input type="checkbox"/> 4日間/2,640円 (税込：1食660円) <input type="checkbox"/> 5日間/3,250円 (税込：1食650円) <input type="checkbox"/> 6日間/3,840円 (税込：1食640円)
利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
ご要望 (ご自由にご記入下さい。)		

※ □は、✓ (チェック) を入れて下さい。