

申込書

申し込み者様お名前 :	
ご住所 :	
お電話番号 :	
SMS 受信電話番号 :	
見守られる方とのご関係 :	
生年月日 :	
ご職業 :	
見守られる方のお名前 :	
ご住所 :	
お電話番号 :	
緊急時連絡先 :	
生年月日 :	
性別 :	
御趣味 :	
現在または現役時のご職業 :	
既往現病歴 :	
かかりつけ医 :	
電話番号 :	
住所 :	
普段利用している通所施設 (もしあれば) の 電話番号 :	

ご様子確認サービスご利用時のご希望回数

いずれかに○を付けて下さい。

	週 1 回 (月 4 回) ¥1500
	週 3 回 (月 12 回) ¥4400
	週 5 回 (月 20 回) ¥7000
	プレミアムサービス 週 5 回 (月 20 回) + お話サービス (お電話 1 回につき 20 分まで) ¥10,000

※ご様子確認サービスは、弊社公休日（土、日、祝日、年末年始・ゴールデンウィーク・夏季休暇・その他の公休日は HP でお知らせします）以外のご連絡となります。

※お電話のタイミングは、不定期です。お電話を差し上げても、応答がない場合はもう一度架電し、応答がない場合は、その旨を SMS でお申込者様にお伝えします。

※ご様子確認サービスは、ご希望回数の架電および SMS でのご報告サービスです。見守られる方の体調不良時は、SMS でご報告を受信しましたら、ご家族様でご対応をお願いします。

※お支払いは、ご利用月の末日までをお願いします。

※入会金・解約料はございません。月の途中での日割り計算もございませんのでご注意ください。

上記、了解し申し込みます。

年 月 日

お名前

サインまたは印鑑