

申込日 年 月 日

シニアライフパートナーズ成城 殿

## ライフキーパー(訪問型生活支援サービス)利用申込書

シニアライフパートナーズ成城が提供する訪問型生活支援サービスに利用規約を遵守の上、以下の通り申し込みます。

フリガナ

氏名

住所

電話番号

E-mail

緊急連絡先

続柄( )

1.ご利用プラン( 毎日プラン ・ 毎週プラン )

2.定期プランご利用コース( 1時間 ・ 2時間 ・ 3時間 )

3.定期プラン予定日時

曜日	月	火	水	木	金
開始時刻	:	:	:	:	:
終了時刻	:	:	:	:	:

※土日・年末年始除く

※サービス開始後、お客様に都合の悪い日などが生じた場合は、その都度、当該日の2営業日前18時までにご連絡いただくことで無料キャンセルが可能です。

※当社またはスタッフのやむを得ない事情によりキャンセルまたは日時の変更をさせていただく可能性があります。この場合キャンセル料は発生しません。

4.利用開始日: 年 月 日(初回ご利用日)

5.解約日: 年 月 日

※あらかじめ利用期間を定める場合のみご記入ください

6.主な依頼内容