

施設長	生活相談員	看護師	サポーター	事務員

食事伝票済

外出（泊）願

特別養護老人ホーム チューリップ

施設長 秋元 光雄 様

入居者氏名 _____ 部屋名 _____ 丁目 _____ 号 _____

外出(泊)先 _____

電話番号 _____

外出理由 _____

上記の者の外出(泊)を下記日程で許可されるようお願い致します。

(自)平成 年 月 日 時 分 _____

(至)平成 年 月 日 時 分 (泊 日) _____

上記の内容に伴い食事の欠食をしますので、よろしくお願い致します。

平成 年 月 日 (朝 昼 おやつ 夕)から _____

平成 年 月 日 (朝 昼 おやつ 夕)まで欠食致します。 _____

平成 年 月 日

引受責任者氏名 _____ (印)

引受責任者住所 _____

入所者との続柄 _____