

水中歩行訓練事業利用申請書

令和 年 月 日

島本町長様

住所

代理申請者

氏名

※ここには記入しないでください

利用登録カードNo.

利用申請・利用登録カードの有効期間は、令和8年度から令和9年度までの最長2年間です

利用者	ふりがな				性別	男 ・ 女
	氏名					
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)				
	住所	島本町				
	電話番号	自宅	075 - -	携帯	- -	
	障害者手帳をお持ちの方	身体 ・ 療育 ・ 精神			ふりがな	
緊急時の連絡先	氏名				続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ				
		<input type="checkbox"/> 利用者と異なる	〒			
	電話番号	自宅	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ	<input type="checkbox"/> 利用者と異なる	()	-
		携帯	- -			
その他事項	かかりつけの病院・診療所等	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (病院名等)			
	かかりつけ医からの利用許可	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	健康手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

◎ 私は「利用のきまり」を守り、自身の健康状態に留意したうえで、水中歩行訓練事業を利用します。

署名
(フルネーム)