

水中歩行訓練事業利用申請書

※ここは記入しないでください

No.

令和 年 月 日

島 本 町 長 様

代理申請者 住 所

氏 名

ふりがな	ふりがな
利用者氏名	介助者氏名 (必要な場合)
利用者 生年月日・性別	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳) 男 ・ 女
住 所	島本町 電話番号 ()
利用対象者 (どちらかに○)	高齢者 障害者
緊急時の連絡先	住 所
	氏 名 続柄 ()
	電話番号 ()
記入事項	◎ 普通の健康状態 良好 ・ 普通 ・ 悪い
	◎ かかりつけ医 () 医院・クリニック
	◎ かかりつけ医の利用許可 有 ・ 無
	◎ 健康手帳の有無 有 ・ 無
	◎ 私は「利用きまり」を守り、健康状態に留意したうえで自己責任のもと、水中歩行訓練を利用いたします。 署名 _____
特記事項	

受付者 _____