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					
			Ź	介助者氏名 (必要な場	, 景合)				
		· 平	年	月	日 (歳)	男 •	女	
島本	、町			荷⇒⇒	五本日 (,			
	高齢者				障害者				
住	所								
氏	名					続柄()	
電話	括番号()						
0	普通の優	建康状態			良い・	普通 •	悪レ	`	
0	カッカッり~	oけ医 ()医院・ク	カリニッ	ク	
0	カュカュり~	つけ医の利用	目許可		有	•	無		
0	健康手帕	長の有無			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。									
			<u>!</u> 2	署名				_	
	島 住 氏 電 ◎ ◎ ◎	島本町 住 所 氏 名 電話番号(◎ 普通の優 ◎ かかり~ ◎ 健康手帳 ◎ 私は「和	島本町 高齢 住 所 氏 名 電話番号(⑥ 普通の健康状態 ⑥ かかりつけ医 ⑥ かかりつけ医の利用 ⑥ 健康手帳の有無 ⑥ 私は「利用きまり」	大・昭・平年 島本町 高齢者 住所 氏名 電話番号() ② 普通の健康状態 ② かかりつけ医の利用許可 ③ 健康手帳の有無 ③ 私は「利用きまり」を守り自己責任のもと、水中歩行	大・昭・平年 月 島本町 電話 高齢者 電話 住所 氏名 電話番号()) ③ 普通の健康状態) ⑤ かかりつけ医()) ⑥ かかりつけ医の利用許可) ⑥ 健康手帳の有無) ⑥ 私は「利用きまり」を守り、健康状態	大・昭・平年 月日(島本町 電話番号(高齢者 電話番号(住所 人名 電話番号() ②普通の健康状態 良い・ ②かかりつけ医(少かりつけ医の利用許可有 ②健康手帳の有無 有 ③ 私は「利用きまり」を守り、健康状態に留意した自己責任のもと、水中歩行訓練を利用いたします	大・昭・平年月日(歳) 島本町 電話番号() 電話番号() 障害者 住所 機械() 氏名 続柄() 電話番号() 良い・普通・ ⑥ かかりつけ医()) 医院・2 ⑥ かかりつけ医の利用許可 有・ 有・ ⑥ 健康手帳の有無 有・ 有・ ⑥ 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。	介助者氏名 (必要な場合) 大・昭・平年年月日日(歳)男・ 島本町 電話番号() 高齢者 障害者 住所氏名 続柄(氏名 続柄(電話番号() し ● 普通の健康状態 良い・普通・悪いのかかりつけ医() 上で・クリニッのかかりつけ医の利用許可有・無悪いのかかりつけ医の利用許可有・無悪ののは原手帳の有無有・無悪ののは、水中歩行訓練を利用いたします。 ● 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。	

受付者