白子町機能訓練教室事業利用申請書

年　　月　　日

　　白子町長　様

住　所

申請者　氏　名

電　話（　　　）

利用者との続柄（　　　）

　白子町機能訓練教室事業を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 白子町 | | 電話番号 |  |
| ＊希望する施設等の□にレ印を記入してください。 | | | | | |
| ふれあいセンター名 | | | □関　　　□南白亀　　　□白潟 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | | 住所 |  | | 電話 |  |
| 主　治　医 | 医療機関名 | |  | | | 医師名 |  | |