

介護予防教室利用申請書

年 月 日

余市町長 様

介護予防教室を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	氏名		性別	男・女
	住所	余市町 町 丁目 番地		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
	電話番号	()	介護保険 被保険者番号	
利用希望教室名	<input type="checkbox"/> いきいきふれあい教室 <input type="checkbox"/> まる元運動教室 <input type="checkbox"/> プールウォーキング教室 <input type="checkbox"/> よいちニコニコ広場 (希望する教室の□欄にチェックを入れて下さい。原則、1人1教室としますが、教室の定員に満たない場合のみ、複数の教室利用を認めますので、複数の教室を希望される場合は、教室の□欄に希望順位を記入して下さい。)			
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号	自宅 ()	携帯電話等	- -
かかりつけ医	医療機関名			
	電話番号	- -	主治医名	Dr.