

利用会員登録申請書

あて先

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社 理事長

平成 年 月 日

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社市民協力員派遣事業の利用会員登録を申請します。

フリガナ 氏名	()男・女	生年月日	M・T・S	
住所	〒572 - 寝屋川市		電話	() -
世帯状況	独居世帯 ・ 夫婦世帯 (配偶者名:) ・ その他()			
緊急 連絡先	氏名	住所	電話	続柄

他機関のサービス利用状況

	事業所名・病院名	利用・通院頻度
居宅介護支援		
ホームヘルパー		
かかりつけ医		

申請理由(困っていることをお書き下さい。)

私は、市民協力員派遣事業を利用するために必要となる、私及びその家族の個人情報を収集し、必要に応じ当該情報を協力会員に提供することに同意します。

住所 _____

氏名 _____ 印 _____