

三好市介護予防普及啓発事業(きらめき元気アップ教室)
利用申請書

三好市長 殿

三好市介護予防普及啓発事業(きらめき元気アップ教室)を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	住所	(電話番号:)		
	(フリガナ)	生年月日	年	月 日
	氏名	(年齢)	満	歳
		性別	男	・ 女
世帯状況	ひとり暮らし ・ 高齢者世帯 ・ その他()人家族			
緊急時 連絡先	氏名		申請者との 関係	
	電話番号	※日中連絡がとれるもの		
利用希望 場所	第1希望		※希望曜日等があれば記入	
	第2希望		※希望曜日等があれば記入	
利用開始希望日	年 月 日			

※利用希望場所は、必ず第1希望、第2希望ともご記入ください。

事業を実施するにあたり、上記の氏名、住所、緊急時連絡先等の情報を、当該事業を受託する事業者、地域包括支援センター、その他当該事業の利用に必要な範囲で関係する者に提供し、介護予防に利用されることについて同意します。

なお、事業利用における身体上の一切のことについては、私方で善処します。

本人自署 : _____

代筆者氏名 : _____

※代筆の場合は、本人自署欄に代筆のうえ、押印すること