

様式 1 号

送迎サービス事業利用登録(変更)申請書

年 月 日

道志村社会福祉協議会長 様

申請者 住 所

氏 名 (印)

電 話

医科・歯科診療所を受診するにあたり、送迎サービスを利用したいので、下記の通り申請します。

利用者	しめい 氏名		男 ・ 女	生年月日 (年齢) T・S 年 月 日 ( 歳)
	住所	道志村	電話番号	
			携帯番号	
身体の 状況	・歩行 (自立・見守り・介助) ・その他 ・車両乗降 (自立・見守り・介助) ( )			
家族の 状況	氏 名	続柄	職 業	備 考
緊急 連絡先	しめい 氏名		続柄	連 絡 先
	住所			( )