

特定非営利活動法人 通院介護センター「さわやか」

利用者会員登録申請書

個人情報保護法が義務つけられておりますが、送迎に必要な情報をボランティアさんにお知らせしなければなりませんのでご了承ください。

腎友会会長 認印		事務局 確認印		登録年月日	令和	年	月	日
利用者	ふりがな			男女	生年月日	大 昭 平		
	氏名					年	月	日 () 歳
	住所	〒		電話・FAX	() - ()			
				携帯電話	() - () - ()			
	病院			住所・電話	Tel ()			
緊急 連絡先	ふりがな			男女	続柄			
	氏名							
	住所	〒		電話・FAX	() - ()			
				携帯電話	() - () - ()			
利用目的	透析病院の通院			透析曜日	月・水・金 (AM/PM) 火・木・土			
世帯状況	1. 一人暮らし 2. 夫婦2人暮らし 3. その他 ()							
身体状況	1. 歩行困難 (車椅子・つえ歩行) 2. 視力障害 3. その他 ()							
身障手帳	障害名	自宅近くの地図 (必ず自宅近くの目標物をお書きください)						
	級							
	障害名							
	級							
自宅へのお迎え時間								
	時	分						
病院へのお迎え時間								
	時	分						
備考								