

東みよし町長 殿

東みよし町介護予防事業（きらめき元気アップ教室）利用申請書

東みよし町介護予防事業（きらめき元気アップ教室）の利用について、下記のとおり申請します。

申請者	住所	(電話番号： )		
	(フリガナ)			
	氏名 (印)	生年月日 (年齢)	大・昭 年 月 日	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	
	連絡先 <small>※日中連絡が取れるもの</small>			
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	

※利用希望場所は、必ず第1希望、第2希望とも書いてください。

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が当該事業を受託する事業者、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、介護予防事業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に関わることについては、私方で善処します。

本人自署： \_\_\_\_\_ (印)

※代筆の場合

代筆者氏名： \_\_\_\_\_