

訪問機能訓練参加申込書・同意書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市が実施する訪問機能訓練に申込みます。
また、参加にあたり下記事項に同意します。

申込者(氏名) _____

生年月日 大・昭 年 月 日生

住所 糸魚川市 _____

電話 _____

記

同意事項

事業の実施にあたり、実施スタッフ、主治医等関係者に申込書にある情報および事業実施における評価内容について提示することに同意します。

かかりつけの医療機関

医療機関名 _____ 電話 _____

主治医氏名 _____

治療中の疾病 _____

緊急時の連絡先

① 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

② 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____