

基準緩和型訪問サービス 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基準緩和型訪問サービスに申込みます。
また、利用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

- ①サービス利用にあたり、支援スタッフ、主治医等関係者に申込書にある情報および評価内容について提示することに同意します。
- ②支援日当日、連絡なく自己都合によるキャンセルの場合は、1回 1,580 円をご負担していただきます。

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

③ 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

④ 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____