

令和 年度

令和 年 月 日

大村市長 様

地域ふれあい館利用登録用紙

三浦・桜馬場・協和町・富の原
萱瀬・竹松本町・小路口本町・諏訪・松並

<登録者>

氏名					
住所					
電話番号		携帯番号			
生年月日		年齢		性別	男 女
介護認定	なし	事業対象者	要支援1	要支援2	不明

<緊急時連絡先>

氏名		登録者との関係	
住所			
電話番号		携帯番号	

<医療情報>

かかりつけ医		病名	
--------	--	----	--

※ご記入いただいた情報につきましては、地域ふれあい館を円滑に運営する目的及び介護予防に関する取組に使用し、第三者へは情報提供致しません。

誓 約 書

このたびの地域ふれあい館の利用に際し、利用施設の重大な過失によるほかは、身体的及び精神的に障害、その他の事故が生じても、意義の申し立て等は一切行わないことを誓約します。

住所

氏名