

様式第1号

令和 年 月 日

短期集中予防サービス利用申請書

佐野市長 様

申請者 住所 佐野市
 氏名 _____ 印
 _____ 年 月 日生 (_____ 歳)
 電話 _____

短期集中予防サービスを利用するのにあたり、次の事項について同意した上で、申請します。

1. 当日は、健康状態を把握し、支障のない状態と判断の上、参加いたします。
2. 参加に際しては、諸規則を守り、事業に従事した者に故意または重過失のない限り異変・事故等が起きても異議申し立てはいたしません。
3. 地域包括支援センター及び指定事業等に必要な範囲で情報を提示することに同意します。
4. 医療機関等に参加に必要な範囲の医療情報等を問い合わせることを同意します。

希望する事業	<input type="checkbox"/> 運動器の機能向上（訪問型サービスC） <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上（訪問型サービスC） <input type="checkbox"/> 栄養改善（訪問型サービスC） <input type="checkbox"/> 運動器の機能向上（通所型サービスC） <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上（通所型サービスC）			
申請理由				
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所			
	電話			
医療の状況	疾病名			
	医療機関名			
	医師名			
地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> さの社協 <input type="checkbox"/> 佐野市医師会 <input type="checkbox"/> 佐野厚生 <input type="checkbox"/> 佐野市民病院 <input type="checkbox"/> くずう			

(備考) 該当する□に■印を付し、必要事項を記入して下さい。

なお、医療の状況欄は、現在通院されている方のみ記入してください。