

様式第1号-1 (第4条関係)

小川町地域支え合いサービス事業利用会員登録申込書

年 月 日

社会福祉法人小川町社会福祉協議会
会 長 松 本 恒 夫 様

(申込者)

氏名 _____ 印

小川町地域支え合いサービス事業の利用会員として登録したいので、下記のとおり申し込みします。

記

利用会員の申し込み

住 所	〒 小川町		駐車場	有 ・ 無
電話番号	()	生年月日	年 月 日生	
性 別	男 ・ 女	同居家族	有 (人) ・ 無	
介護認定有無	有 () ・ 無			
障害手帳有無	有 () ・ 無			
緊急連絡先	氏名	続柄	Tel	