

No. \_\_\_\_\_

## 「つながろまい“あま”」対象者登録・支援チーム登録申請書

平成      年      月      日

あま市福祉部高齢福祉課長    宛

申請者    事業所名 \_\_\_\_\_

氏    名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

「つながろまい“あま”」の対象者登録・支援チーム登録について対象者同意書を添えて下記のとおり申請します。

記

### 【対象者情報】

|                   |                          |                          |                                        |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| フリガナ              |                          | 性   別                    | 生   年   月   日                          |
| 氏      名          |                          | 男・女                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年          月          日 |
| 住      所          | 〒<br>あま市                 |                          |                                        |
| 電話番号              | (                      ) |                          |                                        |
| 支 援 チーム<br>登録希望者名 | 事   業   所   名            | 氏                      名 |                                        |
|                   |                          |                          |                                        |
|                   |                          |                          |                                        |
|                   |                          |                          |                                        |
|                   |                          |                          |                                        |
|                   |                          |                          |                                        |
|                   |                          |                          |                                        |

※ 添付書類：対象者同意書