第１号様式（第９条関係）

いわき市訪問型短期集中予防サービス利用申請書

年　　月　　日

　　　いわき市長　様

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号　　　　（　　　）

いわき市訪問型短期集中予防サービス事業に、次のとおり申し込みます。

　注意　□のある欄は、該当する箇所に***レ***印を付けてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 郵便番号　　　　－ | | |
| 電話番号 |  | | |
| 利用希望プログラム | | * 口腔機能改善プログラム * 栄養改善プログラム | | |
| 備考 | |  | | |

同意書

私は、サービス利用にあたり、いわき市訪問型短期集中予防サービス事業実施要綱第６条に規定する事業提供者に対し、氏名・住所等サービスの提供に必要な個人情報を提供することに同意します。