

様式第1号

介護予防教室通所事業登録（更新）申請書

年 月 日

八幡浜市長 様

申請者住 所

氏 名

生年月日

年齢 男・女

電話番号

次のとおり介護予防教室通所事業のサービスを受けたいので申請します。

希望事業所	・ 社会福祉協議会 ・ J A 西宇和
登録申請の理由	
希望サービス	1 介護予防活動 2 給食サービス 3 送迎 4 その他 ()
希望する回数	月 回

家族の状況

氏 名	年齢	続柄	氏 名	年齢	続柄

送迎希望の場合（希望の順路）

(例：五反田湯島～松柏「保健センター」)

住所付近の見取り図

申請者の利用は 適 当 と認める。 不 適 当	所長	補佐	係長	係