

様式第1号（第7条関係）

白鷹町元気ワンダフル教室事業利用申請書

年 月 日

白 鷹 町 長 殿

申請者 住 所 白鷹町大字

氏 名

次により白鷹町元気ワンダフル教室事業の利用を申請します。

○利用対象者（本人）の氏名等

|     |       |          |            |     |
|-----|-------|----------|------------|-----|
| 住 所 | 白鷹町大字 | 電話       | —          | 男 女 |
| 氏 名 |       | 生年<br>月日 | 年 月 日( 歳 ) |     |

○緊急連絡先・健康状況等

|       |  |              |  |
|-------|--|--------------|--|
| 氏 名   |  | 利用者との<br>続 柄 |  |
| 住 所   |  | 電話番号         |  |
| 医療機関  |  | 主 治 医        |  |
| 服薬状況  |  |              |  |
| そ の 他 |  |              |  |