

記入例

太線の枠の中を記入してください。
変更の場合は、氏名、生年月日、住所と変更項目のご記入をお願いします。

ラポール上大岡利用(新規登録・変更)申請書

年 月 日 受付

新規登録か、変更には○をつけてください

会員番号							
フリガナ	カミオオオカ ハナコ					横浜ラポールご利用	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
氏名	上大岡 花子					番号	1234567890
生年月日	(西暦) 1234 年 56 月 78 日生 (90 歳)					性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
連絡先	電話 080 (1234) 5678 FAX ()				メールアドレス	Abcdefg@hijklmn.com	
フリガナ	〒 233-0002						
住所	ヨコハマシヨウナンクカミオオオカニシ 市 横浜市港南区上大岡西1-6-1						
緊急連絡先	(フリガナ)	カミオオオカ タロウ					
	氏名	上大岡 太郎					
	住所	〒 — 同上					
	電話番号	090 (9876) 5432		FAX	()		
健康状態	<p>1 現在、または過去に下記のような病気がある方は○をつけてください。 心筋梗塞・狭心症・他心疾患・呼吸器疾患・脳出血・<input checked="" type="radio"/>脳梗塞・高血圧・不整脈・糖尿病・肝疾患・その他 ()</p> <p>2 主治医に運動について相談しましたか? → <input checked="" type="radio"/>はい・いいえ</p> <p>3 かかりつけの医療機関名 (科) (上大岡クリニック) TEL 045 (123) 4567</p>						
<p>体調の管理に十分配慮し、利用いたします</p> <p><input type="checkbox"/>体調管理、<input type="checkbox"/>災害時の対応</p>							<p>上大岡 花子</p> <p>(受付者名)</p>
処理欄	障害名						原因になった病名など
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神	ご確認の上、ご署名(未成年の方は保護者の方)をお願いします				原本確認者名
	利用形態	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 一般	太線内をご記入の上、障害者手帳等とともに、受付にご提出ください				原簿(原簿・その他)
	種別等	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 一般					
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 (自立・要介助・補装具使用・杖使用) <input type="checkbox"/> 車椅子 (手動型・介助・電動)					

※この申請書の情報は、当事業団の業務のため及び、緊急時の対応のため使用いたします。また、緊急時には、救急隊員や関係機関に提供する場合がございます。ご了承ください。