別紙２（第１２条関係）

利用者→サービス運用者（阿久比町）

あぐネットにおける対象者登録・支援チーム登録申請書

年　　　月　　　日

阿久比町役場　健康介護課　御中

申請者　事業所等名

氏　　　名

電　　　話

次のとおり対象者登録・支援チーム登録を申請します。

【対象者情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  | 生年月日 |  |
| 住　　所 |  |

【支援チーム登録希望者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・事業所等名 | 職　　種 | 氏　　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※添付書類

　別紙１－２「阿久比町医療・介護・福祉連携ネットワーク「あぐネット」説明と同意書」