

No. \_\_\_\_\_

## 「つながろまい“あま”」対象者登録・支援チーム登録申請書

平成 年 月 日

あま市福祉部高齢福祉課長 宛

申請者 事業所名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

「つながろまい“あま”」の対象者登録・支援チーム登録について対象者同意書を添えて下記のとおり申請します。

記

### 【対象者情報】

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住 所	〒 あま市		
電話番号	( )		
支援チーム 登録希望者名	事 業 所 名	氏 名	

※ 添付書類：対象者同意書