

## 「つながるまい津島」患者・支援チーム登録申請書

年 月 日

(宛先) 津島市健康福祉部  
高齢介護課地域包括ケアグループ

申請者

医療機関・事業所等名称 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

「つながるまい津島」の患者・支援チーム登録について、患者（家族）の同意書を添えて下記のとおり申請します。

記

## 【患者情報】

フリガナ		性 別	生年月日
氏 名		男・女	明治・大正・昭和
			平成・令和
住 所	〒 津島市	電話 (       )       -	
支援チーム 登録希望者名	事 業 所 名	氏 名	

※添付書類：「つながるまい津島」説明と同意書【市役所控え用】