

TEL受付

受付時間

:

## 府中町健康マージャン教室【初心者】利用申請書

令和 年 月 日

府 中 町 長

下記に記載の【個人情報の取り扱いについて】の内容に同意し、次のとおり申請します。

※現在、要介護認定は受けていませんか。(要介護認定のない人が対象です。) チェック欄 

フリガナ 氏 名	生年月日 大・昭 年 月 日	
住 所	府中町 自宅電話( - ) 携帯電話( - - )	
曜 日	希望時間帯に○をしてください。	場 所
月曜日(初心者)	午前 9:30~12:00	北交流センター
	午後 1:00~3:30	
要支援	無 ・ 有 ( サービス利用 無 ・ 有 )	
マージャンの経験	無 ・ 有 ( 未経験の方を対象とした教室です )	

## 健康状態

傷 病 歴		
か かり つ け の 医 療 機 関	(名称・主治医)	(現在治療中の病気)

## 緊急連絡先

住 所	自宅電話 ( - - )
氏 名	関係 ( ) 携帯電話 ( - - )

## 【個人情報の取り扱いについて】

- ・記載された個人情報は、府中町健康マージャン教室の運営以外の目的では使用しません。
- ・教室を実施するにあたり、この申請にかかる情報を委託事業者及び関係機関へ提供します。
- ・緊急時には、緊急連絡先及び医療機関等へ連絡するとともに、個人情報を提供します。