

令和 年 月 日

北上市長 様

## 通所型短期集中予防サービス利用申込書

通所型短期集中予防サービスを利用したいので、趣旨や内容を理解し申し込みます。  
なお、この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や事業実施の際  
に活用する観点から、関係機関に提供することを了承します。

## &lt;申込者&gt;

氏名		生年月日	昭和 年 月 日 ( 才)
住所			
電話			
かかりつけ 医療機関		診療科 医師名	

## &lt;緊急連絡先&gt;

氏名		利用者との 関係	
住所			
電話			

利用事業所名 \_\_\_\_\_