

八王子市東浅川保健福祉センター利用登録申請書

新規・変更（住所・氏名・電話）・紛失・破汚損

令和 年 月 日

八王子市長 殿

住所  
申請者  
氏名  
(利用者との続柄 )

次のとおり八王子市東浅川保健福祉センターの利用の登録を受けたいので、八王子市東浅川保健福祉センター条例第7条第1項の規定により申請します。

利用者	住所			
	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳
	自宅電話			
	携帯番号			
連絡先	(氏名)		(利用者との関係)	
	(住所)			
	(自宅番号)			
	(携帯番号)			
障害の有無	有・無			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号		等級	級 種
	交付年月日			
	障害名			
愛の手帳	手帳番号		等級	度
	交付年月日			
摘要				
確認	マイナンバーカード・保険証・免許証・手帳（身・精・愛） その他（ ）			

緊急時には、救急車を手配することに同意します。

決 裁	館長	主査	主任	係

受付