

(第1号様式)

在宅福祉移送サービス 利用登録・確約書

平成 年 月 日

社会福祉法人
渋川市社会福祉協議会 会長様

下記のとおり在宅福祉移送サービスを利用したく登録・確約します。

利用者	住 所	渋川市	電話	
	ふりがな 氏 名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
	身 体 状 況	1. 障 害 (身障・療育・精神) 【 2. 高 齢 (自立・介護保険) 【 3. 傷 害 【 4. その他 【		
	使用する 器 具	1. 車 イ ス 2. ストレッチャー		
緊 急 連絡先	住 所		電 話	
	氏 名		利用者 との関係	

確 約

移送サービスを受けるにあたり、移送サービス実施中または、実施後に生じた
症状などの急変については、当方で一切の責任を負うことを確約いたします。

申請者

住 所 _____

氏 名 _____



電 話 _____