登録No.

（様式第１号）

在宅福祉移送サービス
利用登録・確約書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人
渋川市社会福祉協議会長　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