

おたっしゃコール申込書

ふりがな
氏名

生年月日 大正 昭和 年 月 日生まれ 年齢 歳

自治会名

住 所 大町 平 常盤 社 八坂 美麻 番地 ()

電話番号

電話をするのに都合の悪い曜日や時間

所属している団体など

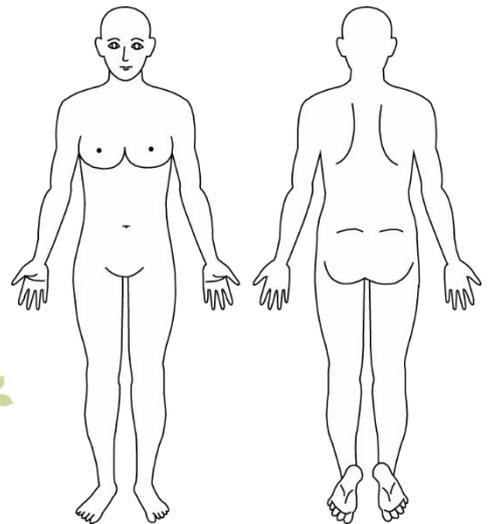
かかったことがある病気

受診状況 医療機関名 回/月

医療機関名 回/月

内服薬

体の調子の悪い所がありましたら教えてください



痛い所に○をつけて
ください

申込書提出先

	電 話	ファックス
・福祉課 高齢者・包括支援係	22-0420	22-4700
・北部地域包括支援センター	85-0062	85-0063
・南部地域包括支援センター	21-1702	21-1703
・八坂支所	26-2001	26-2554
・美麻支所	29-2311	29-2333