

尼崎市立身体障害者福祉センター 利用者登録台帳

登録番号			登録日	平成	年	月	日
ふりがな			生年月日	昭和・平成	年	月	日生
氏名			性別	男・女	年齢	歳	
障がい者手帳	種	級	療育手帳	A	B1	B2	
障害区分	肢体	視覚	聴覚	内部	知的	その他	
障害名							
自宅	〒			TEL番号			
	尼崎市			FAX番号			
				携帯TEL			
緊急 連絡先	ふりがな			住所			
	氏名						
	続柄			TEL番号			
かかりつけ 医療機関  (主治医等)				TEL番号			
計面相談							
	(計面相談を実施されている場合の事業所名)	担当者名		TEL番号			
ケアマネ							
	(介護保険サービス受給の場合)	介護度		TEL番号			
既往症、 禁忌事項、 リスク等 特記事項							

※障がい者手帳のコピーをさせていただきます。(センターにてコピー可)

※太枠内を記入してください。

※ご記入していただいた内容について、個人情報保護法により厳正に取り扱います。