

尼崎市立身体障害者福祉センター 利用者登録台帳

記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日	年	月	日
氏名			性別	男・女	年齢	歳
病名(主なもの)						
自宅住所	〒 —			TEL 番号		
	尼崎市			FAX 番号		
				携帯 TEL		
緊急連絡先(1)	ふりがな			住所		
	氏名					
	続柄			TEL 番号		
緊急連絡先(2)	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：					
障害福祉 サービス事業所	TEL 番号：					
介護保険 サービス事業所	TEL 番号：					
既往症・禁忌事項 リスク等、特記事項						

※障害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。