

お互いさま之助利用登録書

松風おでかけサポート委員会 あて

お互いさま之助を利用したいので登録します。		登録日	年 月 日	
ふりがな		生年月日	T/S/H	年 月 日
氏名				年 月 日
住所			性別	男性 ・ 女性 答えることはできない
連絡先	(電話)	(携帯電話)		
	(FAX)			
緊急連絡先	(氏名)		(続柄：)	
	(連絡先)			
料金区分	<input type="checkbox"/> 大人(中学生以上) <input type="checkbox"/> 小人(小学生) <input type="checkbox"/> 障害者等 (身体障害者手帳・精神障害福祉保健手帳・兵庫県療育手帳・介護人)			
その他	<ul style="list-style-type: none">一緒に利用される未就学児がいる場合はご記入ください。ご自身の健康状態やその他伝えたいことをご記入ください。			

【裏面の「確認していただきたい事項」を必ずお読みください】

