

# 入館者カード交付申請書

No.

令和 年 月 日

三郷町老人福祉センター 様

次のとおり申請します。

ふりがな				男・女				
申請者氏名								
住 所	三郷町							
生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日
電話番号	(0745) -							
血液型	A ・ B ・ O ・ AB							
かかりつけ病院名								
健康保険証番号								
緊急連絡先	氏 名			続柄				
	住 所							
	電話番号	( ) -						
	携帯電話番号							

この申請書に記載されました個人情報、三郷町老人福祉センター入館者カードの作成及び緊急時の対応以外の目的には使用いたしません。