

外出支援サービス 利用申込み書

申込日 西暦 年 月 日

入会者名			
フリガナ		TEL	()
氏名		携帯	()
フリガナ			
住所	〒		

メールアドレス	@
---------	---

緊急連絡先			
フリガナ		TEL	()
氏名		続柄	
フリガナ			
住所	〒		

利用目的	(目的地、何のために：買い物等)						
利用年月日		年		月		日	
開始時間		:		~	終了時間		:
同乗人数		人	24 時間表記でお願いします				
車いす台数		台	は、必須項目です				
当日の利用に際する要望があれば記入ください							

送付先：〒006-0817 FAX 011-685-4647
 札幌市手稲区前田七条12丁目2-4-101
 日本筋ジストロフィー協会北海道地方本部