

外出支援サービス 会員登録申込み書

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 | 〒 | | |

| サービスご利用時の使用する福祉機器 | | | | |
|--------------------|--------------------------|---------|--------------------------|------------|
| ✓ or ○ | <input type="checkbox"/> | 電動車いす | <input type="checkbox"/> | 簡易型電動車いす |
| | <input type="checkbox"/> | 手動車いす | <input type="checkbox"/> | リクライニング車いす |
| | <input type="checkbox"/> | ストレッチャー | <input type="checkbox"/> | その他の車いす |
| | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> | 酸素吸入器 |
| | <input type="checkbox"/> | 喀痰吸引器 | <input type="checkbox"/> | |
| 利用に際する要望があれば記入ください | | | | |

は、必須項目です

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