

# 通院送迎申込書

鴨池生協クリニック

申し込み日

年 月 日

お名前	ふりがな		男・女	生協加入	加入・未加入
	〒				
ご住所	電話番号		( )	-	
	携帯番号		( )	-	
本人以外の連絡先	電話番号		( )	-	
利用される理由	①交通が不便で通院困難 ②からだの状態が悪く、通院困難 ③その他 ( )				
送迎時の要望や気をつけてほしいこと					
生活の中で困っていること (あればお書きください)					
介護保険の利用について ◎介護保険の認定を受けていますか。 はい (介護度 ) ・ いいえ ◎介護保険のサービスを利用していますか。 はい (種類 ) ・ いいえ ◎今後サービスを利用する予定がありますか。 はい ・ いいえ					
出資金の積立増資について：毎月1回など来院時に受付へ出資金をお預けください。 <input type="checkbox"/> 毎月 ( ) 円します。 <input type="checkbox"/> すでに積立増資している <input type="checkbox"/> できない					
このサービスは皆様の出資金により運営しています。経済的に困難な方は結構ですが可能な方は500円、1000円でも結構です。ぜひ、ご協力ください。					