

訪問型短期集中サポートサービス利用申請書

年 月 日

吹田市長宛

申請者 住所
 ふりがな
 氏名
 対象者との続柄
 電話番号

次のとおり訪問型短期集中サポートサービスの利用を申請します。

対 象 者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
	住 所			
申 請 理 由	1 整形外科疾患がある 2 廃用性症候群がある 3 その他 ()			
備 考				

☐訪問型短期集中サポートサービスの効果検証に係る統計学的分析へのデータ利用について同意します。

☐一旦、同意した場合でも同意を撤回することができることの説明を受けました。