

ふれあいほっとコール利用登録申込書

年 月 日

ふれあいほっとコール事業の利用について、次のとおり申し込みします。

利用者情報	ふりがな	
	氏名	
	住所	(〒 -) 網走市
	電話番号	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	身体状況	①補聴器：常時使用・時々使用・使用なし ②聴覚障がい：あり(身障 級)・なし
	希望時間	午前・午後・どちらでも可
	地区民生委員	地区名： 氏名：
緊急連絡先	ふりがな	
	氏名	
	住所	(〒 -)
	電話番号	
	本人との関係	
申込書代理提出者	氏名	関係

※上記太枠内のみ記入してください。

登録番号(No.)

■利用者が不在の時や異変があったときなどに安否確認のため緊急連絡先にご連絡することがあります。

■お電話・FAX等でお申し込みください。

【申込・問合せ先】

網走市役所 1 階 (8) 介護福祉課高齢者福祉係

電 話：0152-67-5430

F A X：0152-45-3377