

承認・不承認

会員番号

依頼会員入会申込書(登録書)

担当者 日付

| | | | | |
|--|------------|---|-------------------|------------|
| 氏名 | ふりがな | | 性別 (男・女) | |
| | | | 年 | 月 日 生まれ |
| 所属 | 職種 | | 電話 (内線) | PHS |
| 自宅住所 | 〒 | | TEL | |
| | | | 携帯 | |
| | | | メール | |
| 依頼者以外で緊急に連絡できる方 | 氏名 | | (援助が必要な方との関係) TEL | |
| | | | () | |
| 援助の必要な方の状況 | 氏名 | | ふりがな | |
| | | | 性別 男・女 | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日 歳 | 依頼者との関係() |
| かかりつけ病院名 | 〒 | | TEL | |
| | | | 携帯 | |
| | | | メール | |
| かかりつけ病院名 | かかりつけ薬局 | | | |
| 住所 | 住所 | | | |
| TEL | 医師名 | | TEL | 薬剤師名 |
| ケアマネジャー | 地域包括支援センター | | | |
| 住所 | 住所 | | | |
| TEL | 担当者 | | TEL | 担当者 |
| デイサービス・デイケア | その他 | | | |
| 住所 | 住所 | | | |
| TEL | 担当者 | | TEL | 担当者 |
| 依頼したい援助の内容 | | 援助を受けたい日時 | | |
| ① 食事の準備や後片付け ② 部屋の清掃や衣類の洗濯 ③ 通院時や買い物時の付き添い ④ 病院への薬取り ⑤ 病院の受付予約 ⑥ 安否確認 ⑦ その他() | | 曜日 日・月・火・水・木・金・土 (1週 日) 時間 : ~ : (1日 時間) | | |
| アレルギー情報: <input type="checkbox"/> 食物アレルギー()、 <input type="checkbox"/> 化学物質過敏症 有・無 | | | | |
| ペット | 室内 | 犬 匹 他(匹) | 室内 | 犬 匹 |
| | 内 | 猫 匹 | 外 | 他(匹) |

上記のとおり「東京女子医科大学・介護サポート」へ入会を申し込みます。
また、本登録書記載の情報内容が提供会員に提供されることに同意します。

年 月 日

会員氏名

印