

(裏面)

緊 急 時 連 絡 先		
連 絡 先 1	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	利用者との関係	
連 絡 先 2	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	利用者との関係	
連 絡 先 3	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	利用者との関係	

※ 緊急時に、町役場福祉課または配食サービス委託業者等より上記連絡先へ連絡いたします。病院への救急搬送等、親族の判断を要する場合がありますので連絡のとれる親族の方等を最低2名ご記入ください。

同 意 書

会津美里町配食サービス事業利用申請日から廃止日までの間について、必要のある場合は、本申請書に記載された内容等について、警察、消防及び医療各関係機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所並びに民生児童委員等へ提供することに同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印