

伊達市高齢者自立支援事業緊急通報機器設置登録票

利用者	フリガナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日生		
	住所					目標物					
	血液型	RH [ + ・ - ] [ A ・ B ・ O ・ AB ]									
住居	種類	[ 自家 ・ 公営住宅 ・ 借家 ・ その他( ) ]									
	構造	[ 木造モルタル ・ 鉄筋 ・ ブロック ] [ 平屋 ・ 2階建て ・ 3階建て ]									
家族1	フリガナ氏名		住所	☎ [ 自宅 ] ☎ [ 職場 ・ 携帯 ]				関係			
家族2	フリガナ氏名		住所	☎ [ 自宅 ] ☎ [ 職場 ・ 携帯 ]				関係			
医療機関	病 院 名			主 な 病 名			主 治 医				
	1										
	2										
	3										
設置希望日時	第1希望	日にち	年 月 日			時間	: ~				
	第2希望	日にち	年 月 日			時間	: ~				
備考											

(留意事項)

※設置工事の目安時間は約1時間～2時間程度です。

※設置希望日時については、必ずしもご希望の日時をお約束するものではありません。