

## くき元気サービス 会員登録申請書

社会福祉法人久喜市社会福祉協議会「くき元気サービス」事業実施要綱第5条・第6条に基づき、下記のとおり会員登録を申請します。

住所	〒			
	電話： (      )	FAX： (      )		
	E-mail：			
ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正      年   月   日 昭和・平成 (          歳)
氏名		男 ・ 女		
利用会員をご希望の方は <input type="checkbox"/> を入れてください。 <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 利用会員</div>			協力会員をご希望の方は <input type="checkbox"/> を入れてください。 <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 協力会員</div>	
利用したいサービスに <input type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 食事の仕度 <input type="checkbox"/> 散歩、外出等の支援 <input type="checkbox"/> 住居等の掃除・整理整頓 <input type="checkbox"/> 洗濯、洗濯物・布団干し <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			協力できるサービスに <input type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 食事の仕度 <input type="checkbox"/> 散歩、外出等の支援 <input type="checkbox"/> 住居等の掃除・整理整頓 <input type="checkbox"/> 洗濯、洗濯物・布団干し <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
利用したい曜日・時間帯に <input type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 月 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> 火 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> 水 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> 木 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> 金 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )			協力できる曜日・時間帯に <input type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 月 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> 火 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> 水 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> 木 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> 金 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
社会福祉法人久喜市社会福祉協議会 会長                                      あて			年   月   日	
			申請者氏名	印
			ご本人との関係 (                      )	
			住所	
			電話番号 (                      )	

※ 記入いただいた個人情報は、久喜市社会福祉協議会の福祉サービスの実施以外の目的には使用いたしません。