

(第 3号様式)

名古屋市福祉会館認知症予防教室参加申込書

年 月 日

(あて先) 指定管理者

下記のとおり、名古屋市福祉会館認知症予防教室への参加を申し込みます。
なお、私は今回申込をするクラス以外に申込をしていません。また、住所を有する区以外の福祉会館へ申込みをする場合に、住所を有する区の福祉会館への申込みの有無を確認されることに同意します。

申込者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
	氏名					
緊急連絡先	住所	〒 名古屋市			電話番号	自宅 ケータイ
	氏名		続柄		電話番号	
健康状態	現在の病名	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 痛風				
	上記以外の病名		特記事項	(服薬している薬剤名等)		
	かかりつけの医師	病院名		医師名		
		所在地		電話番号		
(希望クラス) 参加希望動機	どれかひとつに丸をつけてください 火・水・木			会場名	上飯田福祉会館	

(注) 申込みは1人につき1クラスまでです。住所を有する区以外の福祉会館を含め、複数クラスへの申込みが判明したときは、参加決定を取り消す場合があります。

区別	初心者・経験者
----	---------