

家族介護者交流事業参加申込書

参加希望の日程に○をつけて、必要事項をご記入の上、ファックスでお申込みください

参加に関するお願い

※参加の際は、不織布のマスクの着用ください。

※宮崎市のコロナ感染者数により中止となる場合があります。予めご了承ください。

記

【参加者情報】			
住所		連絡先	※当日連絡が取れる連絡先
氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
【介護をしている方の情報】			
住所			
氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
認定の状況	※該当する要介護度に○をしてください 要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5 その他 ()		
交流会当日の要支援・要介護者について、あてはまるものに○を付けてください。 一人での留守番が可能 ・ 他家族が支援 ・ 介護サービスを利用 ・ 対応を相談したい			
上記、要支援・要介護認定等を受けている方と参加者との続柄 () 例) 認定を受けている方が母親の場合、続柄は (子) になります。			

◎交流会当日、介護をしている方のお世話が必要な方は、別途下記までご連絡ください。

【問合せ／申込先】

潤和会記念病院 患者支援室

TEL : 0985-47-5314 (直通)

担当 : 小森 (平日 : 9時~17時にご連絡ください)