〈様式１〉

**別紙７－５**

管理栄養士派遣による栄養改善事業 利用申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| り利用者（申込者） | ふりがな |  | 生年月日年　齢 | 大正昭和　　 年　　　月　　 日生　　　 （　　　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所（居所） | 品川区 | 電話番号 | ―　　　　　－ |
| 認定状況 | □総合事業対象者　　　□要支援１　　　□要支援２　　　　　　　　　　　　　　　　認定有効期間：　　　　　　　　　　　～ |
| 緊急時等の連絡先 | 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 | ―　　　　　―　 |
| かかりつけ医 | 病院名医師 | 電話番号 | ―　　　　　―　 |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名＿＿＿＿＿　　　　　担当　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 | ―　　　　　―　 |
|  |

**【管理栄養士による栄養改善事業利用にあたっての留意事項および情報提供への同意**】

**＜留意事項＞**

１．利用料金は、300円／回です。訪問時に現金でお支払いください。

２．訪問予定日時の変更・キャンセルは、訪問予定時間1時間前までにお願い致します。

**＜個人情報管理＞**

１．介護予防事業の提供等、利用者に関する情報を、品川区、品川区地域包括支援センター、主治医、その他必要な範囲で関係するものに提供することをご了承ください。

２．申込後、利用を取りやめた場合、上記個人情報は、他に漏らすことなく、責任を持って処分いたします。

**参加申し込みにあたって、上記の留意事項および個人情報管理について同意いたします。**

記入年月日　　　　年　　　　月　　　　日

**氏名（自署）**