

## 透析通院サービス利用申請書

社会福祉法人 浦幌町社会福祉協議会会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者	氏名	
	連絡先 (住所等)	電話( ) -

実施要綱第10条2項の規定により下記のとおり透析通院サービスの利用を申請します。

記

利 用 会 員 情 報			
利用者氏名		福祉有償運送 利用登録番号	浦社福有運第 号
利用者住所			
希望曜日	月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日		
希望透析 開始時間			
利用開始 予定日			
透析通院 予定先			