

友愛の家 利用登録書

※ ここは記入しないでください

申請日	年 月 日	登録番号	
ふりがな		証明	性別
利用登録者		印	男・女
住 所	〒 ー 岡崎市		
電話番号	ー	携帯番号	ー ー
FAX番号	ー	メールアドレス	@

緊急連絡先	①	緊急連絡先	続柄	携帯番号	その他の連絡先
	②			ー ー	自宅・勤務先

かかりつけ医	①	医院名(担当医)	電話番号	備考
	②		ー ー	

手帳等 障がい区分	身体障害者手帳	有	等級・区分 等
	療育手帳	有	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
	精神障害者 保健福祉手帳	有	☐ A ☐ B ☐ C
	難病疾患	有	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	その他		病名:

※ 登録時に手帳のコピーを提出してください。(手帳のないかたは、その他にご記載ください)

個人情報の取り扱いについて	知り得た情報は当事業団個人情報保護規定に基づき、定められた目的以外には使用しません。同意いただけますか。
	同意する ・ 同意しない
写真・氏名の掲載について	広報誌やパンフレット、ホームページなどで写真や氏名を掲載してもよろしいですか。
	はい ・ 写真のみ可 ・ 氏名のみ可 ・ いいえ

「裏面」もご記入ください