

理髪サービス事業申請書

申請日 平成 年 月 日

社会福祉法人
西原町社会福祉協議会会長 殿

下記のとおり理髪サービス事業を利用したいので申請します。

ふりがな				性別	男 ・ 女		
対象者氏名				生年月日	M T S	年 月 日 (歳)	
住 所	西原町字						
連絡先	①				②		
申請者氏名				対象者との関係			
第1希望日	平成	年	月	日 ()	午前・午後	時	分
第2希望日	平成	年	月	日 ()	午前・午後	時	分
対象者区分 (○印記入)	1. 在宅寝たきり・虚弱高齢者 2. 障害者						
対象者状況							

※理髪ボランティア名				連絡先			
※理髪日	平成	年	月	日 (曜日)	午前・午後	時	分
会長		局長		係長		主任	
						係	

1. 太枠の部分は記入しないでください。
2. ボランティアとの調整のため、2週間前に申請し必ず第2希望日まで記入して下さい。