家族介護者交流事業　参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
|  | **高　齢　者** |
| 高齢者氏名 | 住　所 | **入所されている場合は、施設名と、入所日を記入してください。** |
| １ | 　　　　　　　　 | 小浜市　　　　　　　　　　 | 入所施設名【　　　　　　　　　　　　　】入所日　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **介　護　者** |
| 介護者氏名 | 住　所 | 連絡先 |
| １ |  | 小浜市 | 自宅：携帯： |

**【担当ケアマネジャー事業所：　　　　　　　　　　　　　　　　　】**

**【ケアマネジャー氏名：　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　】**

**【申込み先】**　　〒９１７－００７５

小浜市南川町４－３１

小浜市地域包括支援センター

ＴＥＬ　０７７０－６４－６０１５

ＦＡＸ　０７７０－５３－３４８０