

受付 No _____

安芸太田町移送支援事業利用登録書

令和 年 月 日

安芸太田町社会福祉協議会会長 様

私は、安芸太田町移送支援事業運営要綱に同意し、利用登録を申し込みます。

利用者

氏 名 _____ (印)

住 所 _____

電 話 _____

希望日 _____