

八尾市介護予防事業利用申請書兼同意書

(あて先) 八尾市長 年 月 日

以下の事項に同意し、八尾市介護予防事業への参加を申し込みます。

(申込者記入欄)

利用 する 人	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名	男 ・ 女			大正・昭和 年 月 日生 (歳)
	住 所	八尾市			
	電話番号	— —			
希望する教室		教室 (曜日)			
実 施 会 場 実 施 時 期		実施会場 () 実施時期 (月開始分)			
緊急時連絡先	氏 名	続柄	住 所	電話番号	
				自宅 : 携帯 :	

(同意欄)

- ・ 高齢者台帳への登録を行うことに同意します。
- ・ サービス実施に必要な基本情報をサービス事業者に提供することに同意します。
- ・ 健康状態は十分に留意し、自己の責任において教室に参加します。またケガや体調が悪いときは事前に知らせます。
- ・ 提示された利用条件・注意事項、その他係員の指示に従って利用します。
- ・ 利用当日の体温が37.5度以上の場合は、利用を中止します。
- ・ 教室参加時の事故等については、自己責任となることに同意します。

※この事業の実施に関して、当市の責に帰すべき理由により損害を与えたときは、その損害について、損害賠償責任保険により拠出できる損害賠償額を賠償いたしますが、万が一、その他の理由により事故等が発生した場合は賠償できかねます。ご自身での傷害保険等への加入についてもご検討ください。

以上の事項に同意します。

(本人署名) 氏名 ㊞