**利用登録申請に関する申出書（人工透析対象者）**

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日  丹波市長　様  利用者　氏名  人工透析治療のため、次のとおり医療機関を受診していることを申し出ます。  医療機関名 |
| 医療機関住所 |
| 受診回数　　　　　１週間あたり　　　　　回 |
| （月・火・水・木・金・土・日曜日） |

※該当の曜日に○をつけてください。

代筆者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先

※代筆の場合のみ記入してください