**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