

様式2

前橋市総合福祉会館水治療法室利用申請書（団体用）

※ 利用回毎に提出してください。

利用にあたり水治療法室（歩行訓練用プール）の趣旨を理解しルールを守ります。

団体名		電 話	
所在地	前橋市 町		
利用日	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
参加者 内訳	<input type="checkbox"/> 身体障害者（児） 名	<input type="checkbox"/> 知的障害者（児） 名	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者（児） 名	<input type="checkbox"/> 引率者（施設職員） 名	
	<input type="checkbox"/> 保護者 名	<input type="checkbox"/> その他（ ）名	
医師等 の参加 の有無	<input type="checkbox"/> 医師 名	<input type="checkbox"/> 理学療法士 名	<input type="checkbox"/> 作業療法士 名
	<input type="checkbox"/> 保健師 名	<input type="checkbox"/> 看護師 名	
	<input type="checkbox"/> 参加しない		
利用の 目的	※ 例：身体機能の維持又は回復訓練のため。		
その他	(1) 参加者の氏名・現在かかっている疾病・常用している薬等を記入した名簿を添付してください。 (2) 利用前に使用方法について施設と打合せを行ってください。		

あて先) 指定管理者

上記のとおり申し込みます。

年 月 日

代表者名

許
可
印