

岡山県地域移行促進センター
ホステル事業利用登録申請書

申請月日 西暦 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	生年 月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	
氏名					年 月 日生	
					(満 歳)	
住所	〒 -					
TEL	自宅			携帯		
緊急 連絡 先 ①	ふりがな			続柄	/	
	氏名					
	住所					
	TEL					
緊急 連絡 先 ②	ふりがな			続柄	/	
	氏名					
	住所					
	TEL					
かかりつけの 医療機関名 主治医氏名				その他利用 機関等の名称		
受付者 氏名			受付年月日			登録番号
特記 事項						