

年 月 日

青梅市長 殿

申請者

住 所

氏 名

青梅市認知症サポート検診事業利用申請書

青梅市認知症サポート検診事業実施要綱第7項にもとづく事業の利用について、申請します。

記

【申請者の情報】

|         |   |     |       |
|---------|---|-----|-------|
| フリガナ    |   | 生 年 | 年 月 日 |
| 氏 名     |   | 月 日 | ( ) 歳 |
| 住 所     | 〒 |     |       |
| 電 話 番 号 |   |     |       |

【同意事項】

次の事項に同意し、利用の申請を行います。

申請者の氏名および住所について、市の公簿等により、調査および確認を行います。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_