

ロコトシ教室利用申請書兼同意書

申請日	令和 年 月 日
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	〒 大阪府泉佐野市
電話番号 (携帯番号でも可)	— —
申請理由	※日常生活でのお困り事や、やりたいことをご記入ください (例：自分の足で買い物に行きたい)

私は、事業を利用するにあたり、以下の内容に同意します。

- 1.市及び事業受託先である泉佐野市・田尻町理学療法士会や事業関係者（以下、市等という）が、介護予防ケアマネジメント資料（利用者基本情報、ケアプラン、基本チェックリスト、興味・関心チェックシート等）を短期集中予防サービス事業に利用すること。
- 2.市等が主治医及びほかの保険・医療サービスや福祉サービスに申込者の状況等について連絡・連携することがあること。
- 3.事業の主旨を了承し、スタッフの指示に従って利用すること。
- 4.けがや事故が発生しないように留意するとともに、自己の過失により生じた怪我や事故については、自己責任で対応すること。
- 5.事業の利用が市等の協議の結果決定された場合は、利用にあたっての詳細を送付するので、内容を確認すること。
- 6.市等の協議の結果、ロコトシ教室の利用よりも他サービスや病院の受診等が適当と判断された場合は、ロコトシ教室の利用ができないこと。
- 7.効果検証・事業紹介のため、事業実施中の写真・動画撮影協力すること。ただし本人の許可なく他で使用することはありません。

令和 年 月 日 氏名 代理人の場合は続柄()