

返信先

ファクシミリ (03)(3234)9156


郵 送 〒 102-0073

東京都千代田区九段北 1-1-7 カーサ九段 405

一般社団法人日本 ALS 協会療養支援部 御中

フ ァ イ ン ・ チ ャ ッ ト 借 用 申 込 書

年 月 日

患者氏名	(フリガナ) (大 昭 平 年 月 日生) (1 会員 2 非会員)
ご連絡先	 電話番号 () () () () () () () () () () E-mail アドレス
使用場所 (送付先)	1 上記連絡先 2 1 以外 (病院・施設の名称) 住 所 電 話
お身体の状態	手足 言葉 呼吸
給付申請	1 申請中=障害者自立支援法(日常生活用具・補装具)・難病患者等日常生活用具給付事業 2 検討中 3 その他 (.....)
申込者	1 本人 2 代理=氏 名 (患者との続柄) 住 所 電 話 () () () () () () () () () () E-mail アドレス
個人情報取扱について (注 1)	<input type="checkbox"/> 借入申込書の個人情報、意思伝達装置の貸出事業以外には使用しないで欲しい <input type="checkbox"/> フォローアップなどのためお住まいの支部と情報共有する事を承諾します 注1: チェックのない場合、両方ともチェックの場合は下段の取り扱いを適用します
その他 連絡事項	

- 1 設置は利用者で行って下さい。
- 2 貸出期間は3ヶ月間、会員 5000 円、非会員 10000 円。
- 3 返却の送料は、利用者においてご負担いただきます。
- 4 破損・紛失された場合は、必ずご連絡をいただきますようお願いいたします。
ご連絡をいただけない場合、費用等をご負担いただくことがあります。

協会記入欄 発送日: 年 月 日

貸出期間: 年 月 日

入金日: 年 月 日

返却日: 年 月 日