



健康推進課 行

FAX 0548-24-1005

パルスオキシメーター貸出・食料支援事業
申込書

申込み日	令和 年 月 日
希望するもの	1 パルスオキシメーター 2 食料セットお届け 必要人数 () 人分 ※自宅療養の感染者のみ ※希望するものに○
名前 (フリガナ)	
生年月日	
住所	〒 ※マンション・アパートの場合は部屋番号までご記入ください
電話番号	※連絡が取れる番号としてください
療養期間解除の 目安	() 月 () 日頃まで

※留意事項

申込者の個人情報は、配達以外の目的で使用することはありません。