

パルスオキシメーター貸出申込書

令和 年 月 日

茨城町長 あて

(申請者) 住所
氏名
生年月日
電話番号

下記のとおり、パルスオキシメーターの貸出支援を希望します。

ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
配 送 先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
備 考	

※ 利用にあたっては、パルスオキシメーターのご利用についてを確認し町の指示に従います。

電話対応時の確認事項

申請者確認事項・・・ 陽性と診断された日（検査日等）・・・ 令和 年 月 日
診断された医療機関等・・・（ ）
記入漏れはないか 申請後の連絡先確認 配送先の確認
申請後の流れについての説明

対応職員 _____