

①受療医療機関（指定医療機関に限ります。）

主に利用している病院、診療所、**薬局**、訪問看護ステーション等を記入して下さい。

医療機関（必ず記入して下さい。）	名 称	所 在 地	指定の有無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
<input type="checkbox"/> 薬局の登録が必要ない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。		臨床調査個人票記載医師の指定	有 ・ 無

②介護保険について

該当する番号に ○印をつけてく ださい。	要介護度（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
	要支援（ 1 ・ 2 ）
	なし

③書類の送付先について

申請者の住所以外に送付を希望する場合に、記入してください。
記入のない場合は、申請者の住所に送付します。

宛 名	申請者との続柄	住 所
様方		〒 電話（ ） —

④日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に、記入してください。

氏 名	申請者との続柄	電 話 番 号