

長沼町在宅老人等寝具乾燥消毒サービス申請書

年 月 日

長沼町長 様

申請者 住所  
氏名 印  
(電話番号 ー )

このたび、寝具乾燥消毒サービスを受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 サービスを利用する者

(1) 住所

氏名

(申請者との続柄 )

(2) 住所

氏名

(申請者との続柄 )

2 寝具の衛生管理が困難な理由

3 サービスの利用希望回数

年 回