

体力測定データ等情報提供依頼書

年 月 日

下記のとおり依頼しますので、情報の提供をお願いします。

No.	氏名	介護保険被保険者番号 または住所	データ区分 (すべての区分が対象 <input type="checkbox"/>)
1			<ul style="list-style-type: none"> ・わかやまシニアエクササイズ ・紀の川歩（てくてく）体操 ・フレイルチェック ・基本チェックリスト
	生年月日		
		本人同意 ※自署	
2			<ul style="list-style-type: none"> ・わかやまシニアエクササイズ ・紀の川歩（てくてく）体操 ・フレイルチェック ・基本チェックリスト
	生年月日		
		本人同意 ※自署	
3			<ul style="list-style-type: none"> ・わかやまシニアエクササイズ ・紀の川歩（てくてく）体操 ・フレイルチェック ・基本チェックリスト
	生年月日		
		本人同意 ※自署	
4			<ul style="list-style-type: none"> ・わかやまシニアエクササイズ ・紀の川歩（てくてく）体操 ・フレイルチェック ・基本チェックリスト
	生年月日		
		本人同意 ※自署	
5			<ul style="list-style-type: none"> ・わかやまシニアエクササイズ ・紀の川歩（てくてく）体操 ・フレイルチェック ・基本チェックリスト
	生年月日		
		本人同意 ※自署	

※データの返送は、(窓口・FAX・メール)でお願いします。

「すべての区分が対象」にチェックが入っている場合は、区分に○をしていただく必要はありません。FAXやメールでのデータ返送時は、上記表のNo順に結果を表記し、情報提供します。

【依頼者】

事業所名	担当者氏名 (職種)	連絡先(送付先)情報
	()	電話： FAX： MAIL：