

大船渡市高齢者等見守り情報共有システム推進事業 ラベルシール再交付申請書

申請日 年 月 日

大船渡市長宛

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

続 柄 _____

下記のとおり、ラベルシールの再交付を申請します。

対象者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	大船渡市
再交付の理由	枚数不足 ・ 貼付中の破損 ・ 紛失 ・ その他 ()	
内容	希望するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 耐洗ラベルのみ 30 枚 <input type="checkbox"/> 蓄光シールのみ 10 枚 <input type="checkbox"/> 混合 20 枚セット (耐洗 10 枚+蓄光 10 枚) <input type="checkbox"/> 混合 30 枚セット (耐洗 20 枚+蓄光 10 枚) <input type="checkbox"/> 混合 40 枚セット (耐洗 30 枚+蓄光 10 枚) <input type="checkbox"/> 混合 50 枚セット (耐洗 40 枚+蓄光 10 枚)	