

別紙

緊急時の利用者様情報					
利用者様名	様	生年月日	M T S	年	月 日
住所			電話		
緊急 連絡先	氏名 様	住所	電話	備考(続柄等)	
緊急 連絡先	氏名 様	住所	電話	備考(続柄等)	
主治医			病院名	電話	
【既往歴】			【常備薬】		
【備考】			【搬送先指定病院があれば記入】		
介護センター みらい	住所	福生市加美平2-1-13		電話	042-513-0735

担当 林田 田之上

介護センター
M みらい