

NO.

買い物支援バス利用登録書

	受付年月日	
	受付者氏名	
フリガナ 氏名		
住所		
電話番号		
携帯電話		
生年月日	M・T・S 年 月 日	
家族状況	・70歳以上一人暮らし ・75歳以上二人暮らし ・その他	
ご要望等		