

入善町認知症高齢者等SOSネットワーク事業利用登録申請書

年 月 日

入善町長 あて

(本人) 住所

氏名

㊟

(家族) 住所

氏名

㊟

私は、行方不明になった際に、次のとおり個人情報を提供し、入善町認知症高齢者等SOSネットワーク事業の利用登録をしたいので申請します。

なお、下記の個人情報は、入善町から関係機関に提供されることに承諾します。

基本情報					
本人情報	ふりがな 氏名	.....		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		年齢	
	住所	( 区 )			
連絡先1	ふりがな 氏名	.....		本人との 続柄	
	住所			電話	
連絡先2	ふりがな 氏名	.....		本人との 続柄	
	住所			電話	
特 徴					
身長	cm	体重	Kg		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     写真撮影年月日 年 月 日                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     &lt;写真別添&gt;                 </div> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px;">                     ※写真の配信については、選択可能です。(○印をお願いします。)                       協力事業所への配信 【希望する ・ 希望しない】                 </div>
メガネの使用	有 ・ 無	体型	太め・普通・やせ気味		
顔 型		髪 型			
杖の利用	有 ・ 無	シルバーカーの利用	有 ・ 無		
自分の名前	言える・言えない	自分の住所	言える・言えない		
<その他の特徴及び留意点>					