

斜里町認知症高齢者等SOSネットワーク利用事前登録届

年 月 日

斜里町長様

届出者 住所 電話

氏名 印 登録する方との続柄

※届出者欄は必ず届出者が自署でご記入ください。

斜里町認知症高齢者等SOSネットワーク事業実施要綱に基づき、次のとおり事前登録の申し出を致します。また、次の事項に係る個人情報の提供について同意します。

- (1) 登録者が行方不明になった場合における町及び関係機関、斜里町認知症高齢者等SOSネットワークシステムに基づく協力機関による捜索
- (2) 斜里警察署による日常の見回り業務
- (3) (2)の業務中に登録者を発見又は保護した場合における身元確認業務

ほっとメール@しゃりでの情報提供について 同意する ・ 同意しない			可否	
本人の状況	ふりがな		家族構成図（主介護者等）	
	氏名	男・女 (旧姓：)		
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住所	斜里町 自宅・施設・その他 () 電話 ()		
	介護支援専門員	事業所： (担当：) 電話 ()		
	かかりつけ医療機関	医療機関名： (先生) 電話		
	現病歴・既往歴等			
	行方不明歴 発見場所			
	特徴	身長： c m 姿勢：		
		体重： k g 体型：肥満・小太り・中肉・やせ		
頭髪： 眼鏡：あり・なし				
特記事項 ※出身地・愛称・職業・行きつけの場所・持ち歩く物など				
※保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしいこと等				
1 届出者	氏名： 続柄 電話 ()			
2 その他の連絡先	氏名： 続柄 電話 ()			

※町記入欄	台帳登録日	年 月 日	登録No.	
-------	-------	-------	-------	--

1. 登録する方の特徴が分かる写真を添付してください。
2. 届出事項に変化が生じた場合（寝たきり・転居・特徴・死亡など）はご連絡ください。

写真貼付用紙

登録者の氏名

写真を撮った時期

年

月頃

