

由利本荘市長 様

由利本荘市認知症高齢者等見守り・SOS ネットワーク登録票

			申請日	年 月 日		
申請者	氏名			続柄		
	住所			電話番号		
登録者	氏名	(旧姓)		氏名公表可否	可・否	
	住所	由利本荘市				
	生年月日	年 月 日 (歳)		性別		
連絡先	* (申請者と異なる場合) 検索発見時の連絡先	氏名			続柄	
		住所				
		連絡先	自宅			連絡先の優先順位 () 自宅 () 携帯
			携帯			
		その他連絡時必要事項				
本人の状況	身長	c m	体格	やせ・普通・ふくよか		
	頭髪	短髪 () ・長髪 () ・その他 ()				
	世帯構成	一人暮らし・高齢者世帯・子との同居 () ・その他 ()				
	認知症の診断の有無	有・無		徘徊歴	回	
	かかりつけ医			病状・症状		
	担当居宅介護支援事業所			居宅電話番号		
特記事項						
<p>私は、「由利本荘市認知症高齢者等見守り・SOS ネットワーク」の登録にあたり、登録者が徘徊等によりこの登録票の記載内容が必要になった場合は、関係機関（検索要請機関）に情報提供を行うことに同意します。また、由利本荘警察署および由利本荘市消防本部、市役所危機管理課に登録票の写しを提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____</p>						

<添付書類>

写真を貼ってください。(できるだけ新しいもの)