

桑名市徘徊SOS緊急ネットワーク事業登録申請書及び同意書

年 月 日

あて先 桑名市長

(対象者の親族等)

〒 -  
住 所:

氏 名: (印)

電話番号:  
対象者からみた続柄:

桑名市徘徊SOS緊急ネットワーク事業を利用したいので、下記のとおり申請します。なお、登録するにあたり、市が知り得た個人情報を桑名警察署に、緊急時には協力機関及び近隣市町に提供することに同意します。

記

対象者	フリガナ		生年月日	明治	年 月 日
	氏名	(旧姓: ) (男・女)		大正	
	住所	桑名市 電話番号:			
身体的特徴	身長: cm 体重: kg 体格: 髪型: その他特徴(眼鏡等):				
協力機関への情報提供	社員への通知: 可・不可 店内貼り出し: 可・不可				
主な持病等					
かかりつけ医療機関	病院名: 主治医: 電話番号:				
小学校区		地域包括支援センター			

※対象者の写真を添付してください。