

坂井市高齢者等 SOS ネットワーク事前登録届

坂井市長 様

SOSネットワークに事前登録したいので、以下のとおり届け出ます。

この、事前登録の情報は、坂井市、坂井警察署及び坂井西警察署において共有することを同意します。また、万一の行方不明時の発見のため、下記の情報を、官公署、地域包括支援センター、その他協力する関係機関に対して提供することに同意します。 (いずれかに○)

- ・ 坂井市内のみ提供希望
- ・ 坂井市以外にも広域的に提供希望

同意(申請)者氏名 _____

【対象者】

申請日: 年 月 日

氏名(ふりがな)	()		
旧姓(ふりがな)	()		
性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所			
電話番号			
特徴 ※検索の参考 となる情報	【身長】 cmくらい 【体型】 やせ型・中肉・太り気味 【髪】 長髪・短髪 黒髪・白髪・茶髪・金髪 【癖など】 【その他】		
装用品・持ち物	【めがね】 あり・なし (色・形) 【その他】		
認知症	有・無		
名前・・・	言える・言えない	住所・・・	言える・言えない
特記事項 ※検索の参考 となる情報	行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所）、過去行方不明となった経歴など 外見や行動の特徴		
かかりつけ医	医療機関名：	医師名：	
担当ケアマネ	事業所名：	ケアマネ名：	

【申請者】

氏名		続柄	
住所			
電話番号1 (自宅・携帯)		電話番号2 (自宅・携帯)	

※電話番号2は、電話番号1が繋がらない場合の連絡先となります。

対象者名：_____

写真 (顔)

写真 (全身)