

## 福崎町認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク事業事前登録票

\* 別途、事前登録に必要な利用者情報を添付

届出日		年 月 日		登録番号			
届出者	氏名			登録者との続柄			
	住所			電話番号			
登録者	氏名						
	住所						
	生年月日	T・S	年	月	日 ( 歳 )	性別	男・女
	電話番号	自宅：					
携帯番号： ( GPS機能 : 有・無 )							
連絡先	①	氏名			続柄		
		住所			電話番号	自宅：	携帯：
	②	氏名			続柄		
		住所			電話番号	自宅：	携帯：

私・家族等 \_\_\_\_\_ は、福崎町認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク事業の事前登録にあたり、届け出た個人情報の全てについて次のとおり意思を表示いたします。

- ・登録情報を福崎町地域包括支援センター・福崎警察署が共有することに同意します。
- ・行方不明等になり、SOSネットワークを利用する必要がある場合には、その他の関係機関、協力機関に登録情報を提供することに同意します。
- ・平常時等の見守りに必要な場合、関係機関とケアマネジャーや医療機関、民生委員児童委員が連絡調整を行うことを了承します。

年 月 日

利用者： \_\_\_\_\_ (自署)

代筆者： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ (自署)

電話： \_\_\_\_\_ 確認者： \_\_\_\_\_