

遠賀中間地区はいかい高齢者等SOSネットワークシステム協力依頼票

届出日 年 月 日

(中・芦・水・岡・遠・保・折) 第 号

登録者	フリガナ 氏名 (旧姓:)	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	
	フリガナ 住所		自宅電話: - - 携帯電話: - -	
登録者に ついて	登録者の家族の状況 独居・同居 (人) 身体特徴 ○身長 約 cm ○体重 約 kg ○体格 肥・小肥・中肉・やせ・その他 () ○髪型 () ○その他特徴 (ほくろ、外傷など)		写真 など	
	認知症の有無、発症前の性格			
	かかりつけ医 ○医療機関名 () ※主治医: TEL: - - 内線 () ○病名・障がい等 ()			
その他参考事項 (出身地、立ち寄り場所など) ○ ○ ○ ○				
申請者 連絡先	住所		自宅電話: - -	
	氏名 (続柄:)		携帯電話: - -	
緊急時 連絡先	住所		自宅電話: - -	
	氏名 (続柄:)		携帯電話: - -	
緊急時及び行方不明になった場合、協力機関に手配情報を公開することについて 1 承諾する 2 承諾しない				

- ※ このカードは、事務局（折尾警察署）で原本を管理し、住所地の市町でコピーを保管するほか、SOSネットワーク以外の目的で使用することはありません。
- ※ このカードの登録事項に変更が生じた場合又は抹消する事由（死亡、転居等）が生じた場合にはご連絡ください。