

泉佐野市高齢者等見守りSOSネットワーク事業登録票

受付番号

申請日 年 月 日

申請者	氏名			登録者との続柄		
	住所			電話番号	(自宅・携帯・その他)	
登録者	フリガナ氏名	男 女		(写真添付)		
	旧姓					
	名前以外の呼び方					
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日生 (歳)				
	住所	(マンション・アパート等の名称) 泉佐野市				
連絡先	第1連絡先	氏名			続柄	
		住所				
		電話番号	() 自 宅		その他連絡時必要事項	
		連絡先優先順位(番号)	() 携 帯			
			() その他			
		第2連絡先	氏名			続柄
	住所					
	電話番号		() 自 宅		その他連絡時必要事項	
	連絡先優先順位(番号)		() 携 帯			
			() その他			
	関係機関		居宅介護支援事業所名			
		(電話)				
	担当ケアマネジャー					
私は、「泉佐野市高齢者等見守りSOSネットワーク事業」登録にあたり、基幹包括支援センターいすみさのと泉佐野市役所、泉州南広域消防本部消防指令センター、泉佐野警察署に登録票を保管し、徘徊等によりこの登録票の記載内容の使用が必要になった時には、協力機関及び協力員に情報提供および連絡調整を行うことに同意します。						
登録者氏名		申請者氏名 ()				

※この票に記載の個人情報は目的外には使用致しません。