

# 泉佐野市社協徘徊SOSネットワーク登録票

受付番号

申請日 平成 年 月 日

申請者	氏名	印	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	旧姓			
			(名前以外の呼び方)			
	住所	泉佐野市 (マンション・アパート等の名称)				
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	( 歳)		
連絡先	第1連絡先	氏名		続柄		
		住所				
		電話番号	自宅	連絡先の優先順位(番号)		
			携帯	( ) 自宅	( ) 携帯	
			その他	( ) その他		
	その他連絡時必要事項					
	第2連絡先	氏名		続柄		
		住所				
		電話番号	自宅	連絡先の優先順位(番号)		
			携帯	( ) 自宅	( ) 携帯	
その他			( ) その他			
その他連絡時必要事項						
関係機関	居宅介護支援事業所名					
	担当ケアマネジャー					
<p>私は、「泉佐野市社協徘徊SOSネットワーク」登録にあたり、泉佐野市社協地域包括支援センターと泉佐野市役所、泉州南広域消防本部消防指令センターに登録票を保管し、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を行うことに同意します。また、必要に応じて地域包括支援センターと市役所・消防署・警察署・ケアマネジャー・医療機関・民生委員が連絡調整することを了承します。</p>						
登録者氏名	(印)	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。

