様式第３号（第5条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**東温市ＳＯＳネットワーク登録票**

（宛　先）

東温市長

申請者氏名

申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　登録者との続柄　　　　　　　　　　　　　連絡先

東温市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業実施要綱第５条の規定に基づき、別紙のとおり登録します。

|  |
| --- |
|  |

ＳＯＳネットワークの登録に関して下記の事項を了承します。

１　登録者の情報を東温市、松山南署で保管されること。

　２　登録者が行方不明になった時、登録情報をＳＯＳネットワーク協力事業所等へ情報提供されること。

東温市ＳＯＳネットワーク登録台帳

ＮＯ．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録日　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |
| 氏　　　名 |  | 1　男性2　女性 |
| フリガナ旧　　　姓 |  | 出身地 |
|  |
| 現　住　所 | 　〒　　　　 |
| 居　　　所 | 　〒　東温市 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日　　（　　　　　　歳） |
| 電話番号 | 　　 |
| 要介護認定 | 有　・　無 | 介護度 | 要支援　１・２　　　要介護　１・２・３・４・５ |
| 体の特徴 | 身　　　長 | 　　　　　　　　 | 写　真（顔・全身） |
| 体　　　重 |  |
| 体　　　型 | やせている・普通・太っている |
| 髪　　　型 |  |
| その他身体特徴 |  |
| 会話の能力 | 名　　前 | いえる・いえない |
| 住　　所 | いえる・いえない |
| 電話番号 | いえる・いえない |
| その他 |  |
| ケアマネージャー |  | 主治医 |
| 氏　　名 |  | 氏　　名 |  |
| 事業所名 |  | 病院名 |  |
| 電話番号 |  | 電話番号 |  |
| 徘徊ルート過去に保護された場所等 |  |
| 親族等連絡先 | 氏名・生年月日 | 住　　　所 | 続　　　柄 | 電話番号 |
| （　　　　・　　・　　） |  |  |  |
| 　（　　　　・　　・　　） |  |  |  |

※上記内容に変更があった場合は、「東温市ＳＯＳネットワーク登録内容変更（廃止）届」（様式第4号）を提出してください。