

能美市認知症高齢者見守りSOSネットワーク事前登録変更・取消届

能美市長宛

申出年月日	
申出者氏名(継柄)	
申出者住所	
連絡先電話番号	
<input type="checkbox"/> 事前登録内容を変更する <input type="checkbox"/> 事前登録を取消する ⇒ 取消理由()	

事前登録内容を変更する場合、下表に変更項目をご記入ください。

(太枠内は廃止・変更いずれの場合もご記入ください。)

【本人の状況】

受付日： 年 月 日

フリガナ		性別	家族構成図(主介護者等)
氏名		男 ・ 女	
生年月日(年齢)	大・昭 年 月 日(歳)		
住所			
電話番号			
特徴 ※検索の参考となる情報	【身長】 cmくらい 【体型】 やせ型・中肉・太り気味 【髪】 長髪・短髪 黒髪・白髪・茶髪・金髪 【眼鏡】 有・無 【その他】 【特記事項】:出身地・前住所・職業・行きつけの場所・過去の徘徊経路など		
認知症	有・無		
名前・・・ 言える・言えない	住所・・・ 言える・言えない		
かかりつけ医	医療機関名: 医師名:		
担当ケアマネジャー	事業所名: ケアマネジャー名:		

本人の特徴がわかる写真として、「全身写真」、「顔写真」の2枚を提出してください。

氏名 _____

写真

撮影年月日 _____

写真

撮影年月日 _____

能美市認知症高齢者見守りSOSネットワーク事前登録変更・取消届

能美市長 宛

申出日 年 月 日

事前登録内容を変更する場合、下表に変更項目をご記入ください。
(太枠内は変更・取消いずれの場合もご記入ください。)

【申出者(代表親族)】

申出者(代表親族) ※事前登録の取消の場合も記入してください。	
申出者氏名(継柄)	
申出者住所	
連絡先電話番号	
変更後の申出者(代表親族) ※事前登録の取消の場合はこちらの記入は不要です	
申出者氏名(継柄)	
申出者住所	
連絡先電話番号	
<input type="checkbox"/> 申出者(代表親族)を変更する <input type="checkbox"/> 事前登録を取消する ⇒ 取消理由()	

【登録者】

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日(年齢)	大正・昭和・平成	年 月 日 (歳)
住所		
電話番号		