（様式第1号）

**登録番号**

**八重瀬町認知症高齢者等捜索ネットワーク事業事前登録申請書**

八重瀬町長　殿

　次のとおり事前登録の申請をいたします。事前登録申請書を八重瀬町地域包括支援センターにおいて保管し、その写しを糸満警察署に提供すること、事由発生時に「情報提供書（依頼・解除）」（様式第3号）により、関係機関に情報提供を行うことについて同意いたします。

　　　　　　　年　　月　　日

氏名（本　人）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（本　人）：字

氏名（申請者）：　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　電話番号

住所（申請者）：

■対象者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性　　別 | | | 男性　　　女性 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　　才 | | 電話番号 | | |  | |
| 住所 | 字 | | | | | | |
| 医療機関 | 医療機関名： | | | 症状： | | |  |
| 特徴 | 身長：　　　　　　　㎝　　　体重：　　　　　　㎏　　姿勢：    名前：（言える　・　言えない）　　住所：（言える　・　言えない）  その他特徴： | | | | | | |
| 立寄る所 |  | | | 注意事項 | | |  |
| 連絡先1 | 氏名：　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）　連絡先： | | | | | | |
| 連絡先2 | 氏名：　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）　連絡先： | | | | | | |

■本人の写真を添付してください。

■届出事項に変更のあった場合は速やかにお知らせください。

■事前登録申請の内容は本事業以外の目的に使用することはありません。