

No. \_\_\_\_\_

## 障害児（者）のためのSOSネットワーク事業登録届

(宛先) 茅ヶ崎市長

私は、下記の内容を台帳に登録するとともに、その台帳を警察に提供することに同意します。  
また、検索時に必要な個人情報を関係機関に提供することに同意します。

年 月 日

住 所 茅ヶ崎市.....

ふりがな

氏 名 .....

本人との続柄.....

自宅電話 ..... (.....)

携帯電話 ..... (.....)

## 登 録 者

ふりがな 氏 名	男 ・ 女
生年月日	年 月 日
住 所	茅ヶ崎市
電 話	(.....)
特 徴	身長 : センチ 体格 : 太り気味 普通 やせ気味 頭 髪 : その他の特徴 :
行方不明歴 発見場所	
かかりつけ 医療機関	電話
病 名 服薬中の薬	
関係機関	利用している機関・施設に○をしてください。(複数可) 1 障害者生活支援センター (社会福祉協議会) 2 生活相談室 とれいん 3 地域生活支援センター 元町の家 4 相談支援センター つみき 5 民生委員児童委員 (.....) 6 その他 (.....)

※できれば写真(同じもの)を2枚添付してください。