

SOSネットワーク登録届

登録NO: 茅ヶ崎

本人の状況	ふりがな		性別	届出日
	氏名	(旧姓:)	男・女	年 月 日
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		(歳)
	住所	〒 電話番号		
	特徴	身長: cm 体重: kg 体格: 太りぎみ ・ 普通 ・ 痩せぎみ 頭髪: 血液型: A ・ B ・ O ・ AB 眼鏡: 有 ・ 無 体の特徴(手術痕等): 尋ねると答えること(出身地や元職業等): その他:	<p>写 真 (できるだけ)</p> <p>※写真は3枚お持ちください</p> <p>※スナップ写真などは 切り取らずそのまま お持ちください。</p>	
	過去の徘徊歴 発見場所			
	かかりつけの 医療機関等	医療機関名: (住所:) 担当医師名: 持病等: 服薬中の薬:		
	関係のある機関 (ケアマネ等)	事業所名: 担当者名: 事業所名: 担当者名:		

申請者	ふりがな	
	氏名	本人との続柄:
	住所	〒 電話番号(自宅) 電話番号(自宅以外)

神奈川県警本部への事前登録情報の提供について 同意する ・ 同意しない

注1:届出事項に変更が生じた場合(特徴・施設入所・死亡など)はご連絡ください。

注2:この登録届は、登録届出先・ふれあいの森(事務局)・茅ヶ崎警察署・申請者で共有し、SOSネットワーク以外の目的に使われることはありません。

* 用紙の登録届出先 *

茅ヶ崎市 高齢福祉課 / 寒川町 高齢介護課