

松山市認知症高齢者SOSネットワーク【おまもりネット】
利用登録届出書

年 月 日

(あて先)

松 山 市 長

松山市社会福祉協議会会長

【届出者】 ※届出者は、原則、親族の方

住所 _____

氏名 _____

利用者との続柄(_____)

電話番号(_____)

1. 下記の登録情報が、愛媛県下の警察署へ提供されることに同意します。
2. 徘徊発生時、警察への届出後、本事業の捜索協力者等へ情報配信されることに同意します。
3. 利用者情報に関し、松山市が調査することに同意します。

上記のことに同意し、以下の者を松山市認知症高齢者SOSネットワーク【おまもりネット】の利用者として届出いたします。

【利用者情報】

ふりがな 利用者氏名			性 別	男 ・ 女
			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
住 所			居住地 <small>住所地と異なる場合は ご記入ください</small>	
電話番号				
利 用 者 の 特 徴	身長	cm 位	体重	kg 位
	髪型		体型	太め ・ 普通 ・ やせ気味
	眼鏡	有 ・ 無	姿勢	
	歩き方		杖	有 ・ 無
	名前	言える ・ 言えない	話し方	
	出身地 (県市)		昔お住まいの 住所	
	よく行く場所		愛称 ニックネーム	
	備考			

【親族情報】

届出者以外の 緊急連絡先 (親族)		電話番号	利用者との 続柄	氏 名 (可能であれば ご記入ください)	住 所 県内:市町村名 県外:都道府県名
	①				<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外()
	②				<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外()
	③				<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外()
その 他	※保護時の対応に注意して欲しいことなど				

【関係機関(介護事業所等)】

氏名		利用者との 関係	
事業所名等		電話番号	

【お守りキーホルダー】

利用登録者には、登録番号と連絡先を印字した「お守りキーホルダー」を後日、無料で郵送いたします。

ご希望の連絡先及び送付先をご記入ください。

連絡先 (印字内容)	<input type="checkbox"/> 警察署 (管轄) <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 希望なし※希望がない場合は「松山市社会福祉協議会」を印字します
送付先	<input type="checkbox"/> 届出者の住所 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先①の住所 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先②の住所 <input type="checkbox"/> その他 (住所・氏名及び理由をご記入ください) <div style="text-align: center;">()</div>

※受付課記入欄

受付課	受付書類	キーホルダー	受付印
<input type="checkbox"/> 長寿福祉課 <input type="checkbox"/> 地域支援課	<input type="checkbox"/> 届出書 <input type="checkbox"/> 写真 (枚)	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 (郵送日)	