

阿波市見守りネットワーク登録申請書

申請日 年 月 日

【届出人】		
氏名	ふりがな	男・女
		対象者との続柄
住所		
電話	自宅：	
	携帯：	

顔写真

【対象者】 (行方不明になるおそれがある認知症高齢者等)			
氏名	ふりがな	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所	電話 (- -)		
家族構成	氏名 (歳) 続柄 ()	同居・別居	
	氏名 (歳) 続柄 ()	同居・別居	
	氏名 (歳) 続柄 ()	同居・別居	
介護保険	<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () 担当ケアマネ：事業所名 (担当) 電話 (- -) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請		
過去に行方不明になったことは	<input type="checkbox"/> ある (回) <input type="checkbox"/> ない		
特徴	身長 cm 姿勢：		
	体重 kg 体格：肥満・中肉・瘦身		
	頭髪 眼鏡：有・無		
	特記事項(出身地・前住所・旧姓・愛称・所持品・行きつけの場所・以前に行方不明になった時発見された場所等)		
注意事項	※保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしいこと等		
連絡先1	氏名	対象者との関係	TEL ()
連絡先2	氏名	対象者との関係	TEL ()
連絡先3	氏名	対象者との関係	TEL ()

阿波市見守りネットワーク同意書

搜索活動における個人情報の取扱いに係る説明及び同意書

阿波市では、高齢者等の方の行方が分からなくなったとき、多くの住民の方に発見協力をお願いするネットワークがあります。

阿波市が主催する、阿波市認知症高齢者等見守りネットワーク事業に登録している協力者に対し、行方不明情報をメール配信等することによって、情報提供がなされ、発見情報が寄せられる可能性が高くなります。

- 一度情報発信した情報は削除することはできません。
- 写真は削除することができます。
- 住所は大字まで情報提供いたします。
- 情報シート記載以外の情報発信は行いません。
- 協力者とは、本事業に賛同していただいた方です。
- 誰が協力者として登録しているかを教えることはできません。

つきましては、その趣旨を理解していただき、情報提供の同意をお願いします。

年 月 日

- | | |
|------|---------------------------------|
| 情報提供 | <input type="checkbox"/> 同意します |
| | <input type="checkbox"/> 同意しません |
| 名前配信 | <input type="checkbox"/> 同意します |
| | <input type="checkbox"/> 同意しません |
| 写真配信 | <input type="checkbox"/> 同意します |
| | <input type="checkbox"/> 同意しません |

行方不明者 氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身元引受人 続柄 _____

氏名 _____