松山市認知症高齢者ＳＯＳネットワーク【おまもりネット】

登録届番号【　　　　　　　　】

（様式第３号）

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】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 性　別 | 男　・　女 |
|  | | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　　　年　　　月　　　日生 |
| 住　　所 |  | | 居住地  **住所地と異なる場合はご記入ください** |  |
| 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 |  | | |

裏面へ

【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 |
|  |  |  |  | □市内  □市外（　　　　　　） |
|  |  |  |  | □市内  □市外（　　　　　　） |
|  |  |  |  | □市内  □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） | * 警察署（管轄） * 親族　（　　　　　 　　　　　 ） * その他（　　　　　　　　　　 ） * 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 | * 届出者の住所 * 緊急連絡先①の住所 * 緊急連絡先②の住所 * その他（住所・氏名及び理由をご記入ください） |

**※受付課記入欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付課 | 受付書類 | キーホルダー | 受付印 |
| □　長寿福祉課  □　地域支援課 | □　届出書  □　写真（　　枚） | □　手渡し  □　郵送  （郵送日　　　） |  |