別記様式第１号（第５条関係）

深川市ＳＯＳネットワーク登録届

深　川　市　長　様

深川市ＳＯＳネットワーク事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり届け出します。

なお、登録者の情報をあらかじめ警察署及び消防署に提供することについて同意します。

　届出者　氏名　　　　　　　　　　　　　印　　続柄　　　　　　電話番号　　　－

（同意者）住所　　　　　　　　　　　　　　　　携帯番号　　　　－　　　　　－

|  |  |
| --- | --- |
|  | 登録№： |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日：　　　　　　　年　　月　　日 |
| 本人の状況 | フリガナ |  | 写真を添付 |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　　　　・（旧姓：　　　　　）　　　　　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生（　　　歳） |
| 住　　　所 | 電話　　　　（　　　） |
| 介護状況 | 介護区分：担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ名：　　　　　　　　 |
| 病歴・かかりつけ医療機関 | 主な疾病：医療機関名：　　主治医：　　　　 | 写真撮影日　　　　　年　　月頃 |
| 特　　　徴 | 身長　　　　　　　　　cmくらい　　　 | 頭髪 |
| 体重　　　　　　　　　㎏くらい　　　　　　 | 眼鏡　　　有　・　無 |
| 体格　　太め・普通・やせ気味 | 名前　　言える・言えない |
| 交通機関　　使える・使えない |  |
| 特記事項：※出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩く物など |
| 徘　徊　歴発見場所等 | 　　年　　月頃　 |
| 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　　　　　　　　　続柄　　　　　電話　　（　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話 |
| 連絡先２ | 氏名　　　　　　　　　続柄　　　　　電話　　（　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話 |

1. 本人の特徴が分かる写真を必ず提出してください。（顔写真と全身写真各１枚。全身写真はなくても構いません）
2. 登録した情報に変更が生じた場合（寝たきり・転居・特徴・死亡など）は、ご連絡ください。
3. 登録した情報は、ＳＯＳネットワーク以外の目的に使用することはありません。