

登録番号	
------	--

## 勝山市地域見守り事前登録書

## 届出者

氏名		続柄	
住所			
電話番号（自宅）		電話番号（携帯）	

## 対象者の基本情報

氏名	(フリガナ )		旧姓	( )	
住所					
電話番号			性別	男・女	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢 歳
特徴	身長	cm		体型	やせ型・中肉・太り気味
	髪	長髪・短髪		黒髪・白髪・茶髪・金髪	
	癖				
	その他				
装用品・持ち物	めがね	あり・なし（色・形）			
	その他				
名前	言える・言えない	住所	言える・言えない		
特記事項	過去の徘徊経歴				
	行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所）				
	外見や行動の特徴				
	保護時にしてほしいこと、対応に注意してほしいこと、呼び方など				
緊急連絡先	①氏名：	連絡先：			
	②氏名：	連絡先：			
かかりつけ医	医療機関名：	医師名：			
担当ケアマネジャー	事業所名：	ケアマネジャー名：			

□写真を添付する（本人が窓口に来られる場合は不要）

# 写真

（正面）

※写真は原則直近1年以内に撮影したもの

# 写真

（全身）

※写真は原則直近1年以内に撮影したもの

## 同意書

勝山市地域見守り事前登録をするにあたり、次の事項および事前登録情報を勝山警察署と共有することに同意します。

1 行方不明発生時に、地域見守り協定事業所や介護サービス事業所、市役所関係各課等の見守りネットワーク協力事業者へ情報提供することに同意しますか。

（ はい ・ いいえ ）

2 行方不明発生時において、市外に情報提供することに同意しますか。

（ はい ・ いいえ ）

3 勝山市緊急メールで不特定多数者に情報公開することに同意しますか。

（ はい ・ いいえ ）

\* 公開される情報に制限をかけたいですか。

（ はい ・ いいえ ）

制限をかけたい情報をお書きください。

平成 年 月 日

届出者

印

〔代理

（続柄）

〕

