

シール番号：

くだまつ絆ネット登録申請書

令和 年 月 日

下松市長 様

くだまつ絆ネットの登録を次のとおり申請します。

申請者	氏名		本人との続柄		
	住所		電話番号	() -	
本人の 情報	ふりがな		性別	言える・言えない・旧姓()を言う	
	氏名		男・女		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		言える・言えない	
	住所	〒 -	同居者：有・無	言える・言えない	
		電話 () -			
	担当ケアマネジャー など	事業所名： 担当者名： 電話 () -			
	かかりつけ 医療機関	医療機関名： 主治医氏名： 電話 () -			
	既往症				
	徘徊の状況	有・無	過去の発見状況（場所・時間）		
			立ち回る可能性のある場所		
特徴	身長： cm 体重： kg 体型： 太っている・ふつう・痩せている				
	特記事項（身体的・持ち物・会話能力・出身地・前住所・職業・愛称 等）				
発見時の注意事項	*保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしいことなど*				
緊急連絡先		名前	続柄	住所	電話（携帯電話等）
	1				
	2				

同意欄

上記の情報を所轄警察署へ情報提供を行うこと、また万一の行方不明時の発見のために必要な情報を関係機関に情報提供することに同意します。

氏名 _____

※この情報はネットワーク事業以外の目的に使用することはありません。

シール番号：

取扱注意

【写真貼付欄】

本人の特徴がわかる写真として「全身写真」「顔写真」の2枚を提出してください。
(大きさの指定はありません。できるだけ新しく、顔がはっきりわかるものを提出してください。)

〈市確認欄〉

受付日	年	月	日	登録番号	
情報提供範囲	<input type="checkbox"/> くだまつメールを活用した情報提供（可・不可） <input type="checkbox"/> ラジオ（周南FM）を活用した情報提供（可・不可） <input type="checkbox"/> 隣接市への情報提供、各自治体が持つネットワークでの情報提供（可・不可） <input type="checkbox"/> 県内全市町への情報提供、各自治体が持つネットワークでの情報提供（可・不可） <input type="checkbox"/> 全国都道府県、市区町村への情報提供（可・不可）				