

大桑村認知症安心サポートネットワーク登録申請書

年 月 日

大桑村長 貴舟 豊 宛

下記のとおり登録申請をします。

なお、行方不明発生時には大桑村が「認知症安心サポートネットワーク」協力機関に情報提供を行うことについて同意します。

申請者 住所： 大桑村

氏名： Ⓜ

(対象者との続柄)

電話番号：

認知症高齢者等の状況	ふりがな			写 真	
	氏 名	男 ・ 女			
	生年月日	年	月		日 (歳)
	住 所	大桑村			
	家族構成				
	医療機関	医療機関名：	主治医：		電話：
	介護保険等	事業所：	担当：	電話：	
	特 徴	身長：	cm	姿勢：	
		体重：	kg	体格：	太め・普通・やせ気味
		頭髮：		眼鏡：	有(縁の色等)・無
特記事項 ※ 出身地・前住所・職業・行きつけの場所・持ち歩く物など					
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点など				
過去の徘徊歴 発見場所					
連絡先①	住所：		続柄：		
	氏名：		電話：		
連絡先②	住所：		続柄：		
	氏名：		電話：		
連絡先③	住所：		続柄：		
	氏名：		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。(写真裏面に名前を記載してください。)
- ※ 2 提出事項の変更が生じた場合は必ずご連絡ください。
- ※ 3 登録申請書の内容は、大桑村認知症安心サポート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。

※ 村記入欄

登録番号	大桑村
------	-----