

見守りシール交付事業用

○緊急連絡先 ※2人以上の記入をお願いします。

( ) 駆けつけ可 ( ) 連絡のみの協力可	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号	自宅		
		携帯		
勤務先	勤務先名称：		電話番号：	
( ) 駆けつけ可 ( ) 連絡のみの協力可	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号	自宅		
		携帯		
勤務先	勤務先名称：		電話番号：	
( ) 駆けつけ可 ( ) 連絡のみの協力可	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号	自宅		
		携帯		
勤務先	勤務先名称：		電話番号：	
<b>【特記事項】</b> 私は、利用者として緊急連絡先の登録親族等には、この申請内容を伝えます。 また、対象者（高齢者）の情報について、市が委託した鹿屋市認知症高齢者等家族介護支援サービス事業委託業者へ提供すること、緊急時には必要に応じて警察や関係機関へ情報提供することに同意します。  <div style="text-align: right;">申請者氏名 _____</div>				
<b>【注意事項】</b> ※緊急時（保護時等）の対応すべきことがあれば御記入ください。				