

あんしんQR登録申込書

平成 年 月 日

下記のとおり、登録を申し込みます。

〔住所・氏名と太枠の中を記入して下さい。印鑑を忘れずに。〕

住所 佐呂間町字 _____

氏名 _____ 印

| | | |
|------------------|-----------------------|--|
| 基 本 情 報 | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | 大正・昭和 年 月 日 |
| | 住 所 | 佐呂間町字 |
| | 自 宅 電 話 番 号 | 0 1 5 8 7 - - |
| | 家 族 氏 名 (配 偶 者 な ど) | |
| | 通 院 先 | |
| | 身 体 の 状 況 (持 病) | |
| 交 付 希 望 物 品 | | <input type="checkbox"/> 冷蔵庫ステッカー <input type="checkbox"/> カード <input type="checkbox"/> バッチ <input type="checkbox"/> キーホルダ |

追加情報として、「緊急の連絡先」を2件まで登録することができます。
緊急連絡先は子供などの親族に限定して、必ず、登録することの承諾を得てください。

〔追加情報を登録する場合は、物品の管理に充分気をつけてください。〕

| | | | | |
|------------------|-----------------------|---|--|--|
| 追 加 情 報 | 緊 急 連 絡 先 | 1 | 氏 名 | |
| | | | 電 話 番 号 | |
| | | 2 | 氏 名 | |
| | | | 電 話 番 号 | |
| | 追 加 情 報 の 登 録 | | <input type="checkbox"/> 冷蔵庫ステッカーのみ <input type="checkbox"/> カードなどにも登録する | |

※電話番号は一般電話番号でも携帯電話番号でも構いません。

【提出・相談先】 地域包括支援センター（役場保健福祉課） 電話番号 2-1212

※町記入欄

| | | | |
|--------|------|-----------|----------|
| 発券ナンバー | No. | 交 付 年 月 日 | 平成 年 月 日 |
| 確認受領印 | (氏名) | 印 | |