

# 西原町認知症高齢者等見守り SOS ネットワーク事業 事前登録申請書

年 月 日

西原町長 殿

住 所 \_\_\_\_\_  
申請者氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
登録者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり、西原町認知症高齢者等見守り SOS ネットワーク登録を申請します。

登録者	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 西原町
登録を希望する理由		
備考		

※町・包括記入欄（下記の欄は空白で提出して下さい）

登録年月日	登録番号	情報共有（町、警察、地域包括支援センター）
年 月 日	にしはら ・ ー	1. 済 2. 未