

(様式第2号)

認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業登録廃止届

平成 年 月 日

長 様

【申請者】

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

対象者との続柄 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

本事業の登録を廃止しますので届け出ます。

登録していた対象者 (徘徊のおそれがある高齢者等)		
氏 名	(ふりがな) _____	男 ・ 女
住 所	_____	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳
廃止する理由 (該当するものに○)		
1	長期入院 (病院名 : _____)	)
2	施設等入所 (施設名 : _____)	)
3	他の市区町村に転出	
4	死亡	
5	その他 ( _____ )	)