

様式第2号（第7条関係）

大空町認知症高齢者等SOSネットワーク検索協力依頼届

各関係機関 御中

大空町認知症高齢者等SOSネットワーク事業実施要綱に基づき、次の認知症高齢者等の検索について、協力を依頼します。

届出日	年 月 日 ( )			午前・午後	時	分頃
届出者	住所			勤務先		
	氏名			続柄 電話番号 ( )		
フリガナ				事前登録	有(番号 )・無	
氏名	男・女			警察 通報	日時	月 日 ( )
	旧姓 ( 歳)				連絡先	午前・午後
行方不明になったときの状況	日時	年 月 日 ( )			天候：晴れ・曇り・雨・雪	
		午前・午後 時 分頃			初めて・二度目・たびたび	
	場所	いなくなった場所（詳しく）				
		いなくなった状況（詳しく）				
外見上の特徴	○身長 cm位			○頭髪		
	○体型 肥満・小太り・普通・やせ			○眼鏡		
	○上着衣			○履物 色( )		
	○下着衣			○持ち物		
	○その他			○所持金		
名前・住所	言える ・ 言えない			名前が入った持物 有 ・ 無		
特記事項	以前保護された場所					
	以前行きたがっていた場所					
	保護時にしてほしいこと					
	その他					

《通信欄》						
[解除連絡]						
<input type="checkbox"/> 連絡日時 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分						
連絡発信元	担当課職氏名					
	電話 ( ) (内線: ) FAX ( )					