

(様式第2号)

糟屋地区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（ _____）)