|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 担　当 | 次　長 | 課長補佐 | 課　長 | 副局長 | 副局長  様式第４号 | 事務局長 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 廃止届  受付№ |  |
|  | 登録№ |  |

福山市認知症ひとり歩きＳＯＳネットワーク事前登録廃止届

年（令和　　年）　　月　　日

福山市社会福祉協議会　会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　前 | 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】**（認知症等により行方不明になるおそれがある人等） | | |
| 名　　前 | （ふりがな） | □男　□女 |
|  |
| 住　　所 |  | |
| 生年月日 | □大正　□昭和  □平成　□西暦　　　　　年　　　月　　　日 | 歳 |
| **【廃止する理由】**（該当するものにチェックレならびに記入してください。） | | |
| □長期入院（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □施設等入所（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□他の市区町村に転出  　□死亡  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |