

| | | | | | | |
|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|
| 担 当 | 次 長 | 課長補佐 | 課 長 | 副局長 | 副局長 | 事務局長 |
| | | | | | | |

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

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☑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（ _____ ） | | |

