

担 当	次 長	次 長	主 幹	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 月 日

福山市社会福祉協議会 会長 様

名 前	
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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。）

<input type="checkbox"/> 長期入院（病院名： _____）
<input type="checkbox"/> 施設等入所（施設名： _____）
<input type="checkbox"/> 他の市区町村に転出
<input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）