

(別紙様式 2) **ネットワーク登録届出書**

社会福祉法人善通寺市社会福祉協議会長 様

**登録届No.善通寺**

本人の状況	ふりがな 氏 名	性別( )	届出日: 平成 年 月 日
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)	写 真  ※できるだけ 3 枚用意して (写真の裏には、名前を記入)ください。
	住 所	〒765- 善通寺市 ☎ ( )	
	特 徴	【身長】 cm 【体格】 太りぎみ・普通・やせぎみ 【頭髪】 【その他の特長】  【尋ねると答えること】  【その他】	
	過去の徘徊歴 発見場所		出身地: 元職業:
	かかりつけ 医療機関		
	病名 服薬中の薬		
	届出者	ふりがな 氏 名	
自宅住所		連絡先	
自宅以外の 連絡先			
現在 関わり 合いの ある 機関 等	利用している機関、施設などに○をしてください。(いくつでも)		
	① 県中讃保健福祉事務所 ② 善通寺市役所( 課) ③ 社会福祉法人善通寺市社会福祉協議会 ④ 善通寺市地域包括支援センター ⑤ 障がい 相談支援事業所( ) ⑥ ケアプラン作成事業所( ) ⑦ 訪問介護事業所( ) ⑧ デイサービス事業所( ) ⑨ ショートステイ事業所( ) ⑩ 特別養護老人ホーム ( )	⑪ 老人保健施設 ( ) ⑫ 障がい福祉サービス事業所 ( ) ⑬ 在宅介護者の会 ( ) ⑭ 民生委員・児童委員 ⑮ 学校( ) ⑯ その他( )	

注 1 : ネットワークの登録届は、3 年ごと(18 歳未満は、2 年ごと)に更新の手続きが必要です。

注 2 : 届出事項(寝たきり、死亡、転居、特徴)に変化が生じたときは、ご連絡ください。

注 3 : この届は、ネットワーク以外の目的に使われることはありません。