

早島町認知症高齢者等見守り SOS ネットワーク登録カード変更(抹消)届出書

年 月 日

早島町長 様

届出者 住所 〒 -

氏名 ㊟

(続柄:)

電話 - -

次のとおり、登録内容の変更（抹消）の届出をします。

登録者	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所		電話番号	- -

(※以下、変更箇所の口にチェックを入れ、変更内容をご記入ください。)

【変更（抹消）事由】

1. 対象者の要件に該当しなくなった。
(転出 入所 入院 死亡)

2. 登録内容に変更が生じた。

<input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 本人の状況 <input type="checkbox"/> 医療機関	(変更前)
<input type="checkbox"/> 担当事業所 <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先 <input type="checkbox"/> その他	(変更後)

3. この事業を辞退する。