様式第1号（第8条関係）

**SOSネットワーク事前登録届出書**

年　　月　　日

薩摩川内市地域包括支援センター長

住所

申請者氏名

電話番号

登録者との続柄

SOSネットワークへ登録したいので、次の通り届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録者 | ふりがな |  |
| （姓） | （名） |
| 〒 | |
| 登録を希望する理由 |  | |
| 備考 |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※センター記入欄 | 登録年月日 | 登録番号 | その他 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 私は、薩摩川内市SOSネットワーク事業への登録にあたり、個人情報について次の機関が情報共有することに同意します。  また、登録票の記載内容の使用が必要になった場合には、関係機関に情報提供を行うことに同意し、必要に応じて協力機関とケアマネージャーや医療機関、民生委員が連絡調整することを了承します。   1. 薩摩川内市　高齢・介護福祉課 2. 薩摩川内市　障害・社会福祉課 3. 薩摩川内市に事務所を有する在宅介護支援センター 4. 薩摩川内警察署 5. 薩摩川内市消防局 6. 薩󠄀摩川内市民生委員・児童委員協議会連合会   登録者氏名　　　　　　　　　　　　　　（親族等　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 【地域ケア会議に関すること】  お住いの地域において、自治会、民生委員や健やか支援アドバイザー、見守りボランティア等の方々と日常的な見守りのための情報共有の場として顔を合わせる機会を持つことを希望しますか。  　□希望する　　　　　□今は希望しない　　　□希望しない  　　※いずれかに☑ をお願いいたします。 |