第１号様式（第４条関係）

№

**障害者等のためのＳＯＳネットワーク事業登録届**

　　　　年　　月　　日

（あて先）寒川町長

　　　　　　住　　所　　寒川町

　　　　　　　　ふりがな

　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄

　　　　　　自宅電話　　　　　　　　（　　　）

　　　　　　携帯電話　　　　　　　　（　　　）

　私は、下記の内容を台帳に登録するとともに、その台帳を警察に提供することに同意します。また、捜索時に必要な個人情報を関係機関に提供することに同意します。

**登　録　者**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　　名 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　所 | 寒川町 |
| 電　　　話 | （　　　　） |
| 特　　　徴 | 身　長　：　　　　　　センチ  体　格　：　太り気味　　普通　　やせ気味  頭　髪　：  その他の特徴　： |
| 行方不明歴  発見場所 |  |
| かかりつけ  医療機関 | 電話 |
| 病　　　名  服薬中の薬 |  |
| 関係機関 | 利用している機関・施設に○をしてください。（複数可）  １　相談支援事業所（　　　　　　　　　　　　　　）  ２　民生委員児童委員（　　　　　　　　　　　　　）  ３　社会福祉協議会  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**※できれば写真（同じもの）を２枚添付してください。**