

登 録 者 情 報	介護サ ー ビス等 の 利用	あり・なし	担当ケアマネジャー (事業所名と電話番号)	()
	医療等 の 情報	疾 患 名		医療機関名 (電話番号)
				()
				()
				()

保 護 者 1	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名	(登録者との続柄)	大・昭・平 年 月 日
	住 所	〒	
	電話番号	(自宅) (その他) (携帯)	
保 護 者 2	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名	(登録者との続柄)	大・昭・平 年 月 日
	住 所	〒	
	電話番号	(自宅) (その他) (携帯)	

個人情報の管理・使用方法について

- 本票及び登録者の写真は、奥州市、岩手県奥州警察署で管理します。
- 身体・生命の危険があるなどの緊急時及び行方不明の捜索等以外でこの申請書の情報を他へ公開する事はありません。

【登録者写真貼付欄】

(写真は本人の現在の容姿が分かる直近3ヶ月以内のものとしてください)