

大紀町高齢者等安否確認事業利用申請書

ふりがな 氏名			性別	男・女
生年月日	年 月 日（ 歳）		血液型	
電話番号				
携帯番号				
住所	大紀町			
かかりつけの病院				
病院の電話番号：		主治医の先生：		
緊急時の連絡先	住所			
	氏名		続柄	
	電話	(自宅・勤務先)		
	(携帯番号)			
区分	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 身障者世帯			
備考：				

私は、大紀町高齢者等安否確認事業で提供した上記の個人情報、別紙の健康状況等記事を社会福祉及び防災の目的で、大紀町役場健康福祉課・大紀町社会福祉協議会・大紀町地域包括センター・大紀町民生委員児童委員・地域福祉委員会に提供することを承諾します。

大紀町長 様

令和 年 月 日 氏名

Ⓜ