（別紙）

**松原市高齢者見守り安心ネットワーク**

**QRコード申請書**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

**【対象者】**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所（施設名） |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日（ 　　　歳） |
| 要介護度 | 自立 | 要支援 | 要介護 |
| １　２ | １　２　３　４　５ |
| 居宅支援事業所ケアマネ |  | ＣＭ |

**【緊急連絡先】**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 | （自宅） | 続柄 |  |
| （携帯） |

※松原警察との連携を図るため、上記の情報を共有することに同意します。

　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞