**「どこシル伝言板登録シート」**

鯖江市長　様

どこシル伝言板登録シートの記載内容を、次の相手先に提供することについて同意します。

（※同意する相手先にチェックをお願いします。）

* 担当ケアマネジャー
* 鯖江警察署　　　　　　　　　　　　　　同意（申請）者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護対象者の氏名 |  | 記入日 | 西暦　　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| **保護対象者のニックネーム**※ニックネームの後に、シール番号が登録されます。例：おじいちゃん（AA1000） | ※個人情報保護の観点から、氏名（姓名・フルネーム）での登録はできません。　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **生年月（年月まで）** | 西暦　　　　年　　　　月 |
| **身体的特徴**※性別や身長、体型、髪形、メガネの有無など、できるだけ詳しく記入してください。 |  |
| **既往症**例：糖尿病 |  | 認知症の有無□有　□無 |
| **保護時に注意すべきこと**　※発見した方へのアドバイスとなります。症状に対する具体的な対応方法を記入します。 |  |
| **発見通知メールアドレス**　※発見時に通知を受けるメールアドレスで、鯖江市では右記３件の登録をお願いしています。　※登録後、テストメールが届きます。迷惑メール対策等を設定されている方はinfo@qr-d.jpからのメールを受信できるよう設定をお願いします。 | **1件目** | ※家族等のメールアドレス　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **2件目** | ※担当ケアマネジャーがいる場合は、居宅介護支援事業所またはケアマネジャーのメールアドレス。いない場合は、１件目以外の家族等のメールアドレス。　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **3件目** | ※鯖江警察署のメールアドレスとなります。（必須）　 sabaesyo＠policepref.fukui.lg.jp　　  |

【※市記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護対象者ID | ＡＡ　　　　　　　　　 | 情報提供（写し） | □ケアマネジャー（　　　　　　　　　）□鯖江警察署（　　　）県登録番号　　　　 |
| シール配布日 | 　　年　　月　　日　　　　　　　　　 | 登録日 | 年　　月　　日 |