

認知症高年者位置情報探索事業利用及び情報提供に関する同意書

年 月 日

草加市長 あて

認知症高年者位置情報探索事業を利用するにあたり、次の事項に同意いたします。

認知症高年者位置情報探索事業の利用にあたり、本人の住所、氏名、生年月日、緊急連絡先、端末番号について、本人の検索を行うことを目的に、草加市から埼玉県草加警察署に情報提供することに同意いたします。

住所 _____

氏名 _____ ⑩

※氏名を自署した場合は、押印を省略することができます。

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

※同意者が代理人の場合のみ記入

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ ⑩

本人との続柄 _____

電話番号 _____

記入例

認知症高年者位置情報探索事業利用及び情報提供に関する同意書

年 月 日

草加市長 あて

認知症高年者位置情報探索事業を利用するにあたり、次の事項に同意いたします。

認知症高年者位置情報探索事業の利用にあたり、本人の住所、氏名、生年月日、緊急連絡先、端末番号について、本人の検索を行うことを目的に、草加市から埼玉県草加警察署に情報提供することに同意いたします。

利用される方の氏名等の
記入をお願いします。

住所 草加市高砂1-1-1

氏名 草 加 太 郎 ⑩

※氏名を自署した場合は、押印を省略することができます。

生年月日 昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

電話番号 048-922-1281

利用者本人が自署できない
場合は、代理の方の氏名等を
記入してください。

※同意者が代理人の場合のみ記入

代理人住所 草加市高砂1-1-1

代理人氏名 草 加 花 子 ⑩

本人との続柄 妻

電話番号 080-●●●●-●●●●