

## 緊急通報システム変更届出書

年 月 日

高 砂 市 長 様

利用者 住 所

氏 名

㊟

次のとおり、届出事項等に変更がありましたので、届け出ます。

区 分	変 更 事 項			
利用者	フリガナ		主な病名、症状など	
	氏名			
	電話		かかりつけ医療機関及び主治医	
	住所			
第1近隣協力者	フリガナ		承認印	生 年 月 日
	氏名		㊟	年 月 日
	電話			利用者との関係
	住所		鍵の預かり(○を入れてください。) 有・無	
第2近隣協力者	フリガナ		承認印	生 年 月 日
	氏名		㊟	年 月 日
	電話			利用者との関係
	住所		鍵の預かり(○を入れてください。) 有・無	
第3近隣協力者	フリガナ		承認印	生 年 月 日
	氏名		㊟	年 月 日
	電話			利用者との関係
	住所		鍵の預かり(○を入れてください。) 有・無	
緊急連絡先1	フリガナ		続柄	
	住所		電話	
緊急連絡先2	フリガナ		続柄	
	住所		電話	
民生委員	フリガナ		確認印	電話
	氏名		㊟	
	住所			担当地区

※ 変更のある項目のみ記入してください。