

(様式2)

【正面 全身】

撮影日

登録番号

【横 全身】

【正面 顔】

同意書

年 月 日

本人の署名

法定代理人等の署名

代筆者の署名

続柄 ()

五島市長 あて

代筆をする理由

五島市高齢者等SOSネットワーク登録申請書を提出し、五島市福祉保健部長寿介護課の支援を受けるにあたり、下記事項に同意します。

記

1. 申請書に記載した登録者及び緊急連絡先の個人情報（文字情報及び写真情報）は、五島警察署、五島市福祉保健部長寿介護課で情報共有が行われること。
2. 登録者が行方不明となった場合に、関係者の判断により、行方不明者情報提供シート（様式3）が作成され、五島市福祉保健部長寿介護課に提出されること。
3. 様式3に記入された情報は、指定された情報提供の「範囲」、「対象者」へ提供されること。また、五島市福祉保健部長寿介護課は、外部に提供した情報が、次第に第三者に情報が伝わって行くことについて、責任を負わないこと。
4. 五島市福祉保健部長寿介護課は、電子メールやファックス等の送受信の障害による遅延や不達などの状況について、責任を負わないこと。
5. 五島市福祉保健部長寿介護課は、登録者及び登録者の関係者が本ネットワーク事業を利用したことにより発生した損害及び第三者が被った損害について、責任を負わないこと。