

京都市「一人暮らしお年寄り見守りサポーター」登録票

※1 登録された情報のうち住所、氏名、電話番号については地域包括支援センター、保健福祉センター及び民生委員・児童委員に情報提供しますが、情報提供に同意されない場合はその旨を記入してください。

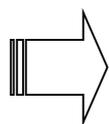
※2 パソコン又は携帯電話のアドレスを記入してください。

メールアドレスをお持ちでない方のうち、FAXでの通信が可能な方は、FAX番号を記入してください。

当登録票に御記入いただきました個人情報の全項目は、「一人暮らしお年寄り見守りサポーター事業」の他に利用いたしません。

申込日 年 月 日

私は <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 勤務地又は通学先 において、見守り活動を行います。	
私が見守り活動を行う地域を担当する地域包括支援センター、保健福祉センター及び民生委員・児童委員に、私の住所、氏名、電話番号について情報提供されることに <input type="checkbox"/> 同意しません	
※1	
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ふりがな	
住所	() 学区
ふりがな	
氏名	
年齢(生年月)	<input type="checkbox"/> 疋 <input type="checkbox"/> 囀 <input type="checkbox"/> 穉 年 月 生まれ
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号	() —
情報配信先 ※2	メールアドレス: _____ ファックス番号: _____
勤務先又は通学先	名称: _____ 所在地: _____



送付先：京都市保健福祉局
健康長寿のまち・京都推進室 健康長寿企画課
FAX：251-1114