

様式第5（第10条関係）

かごしま市認知症おかえりサポートシステム利用登録抹消申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者

住所

氏名

かごしま市認知症おかえりサポートシステム情報配信事業実施要綱第10条に基づき、かごしま市認知症おかえりサポートシステムの利用登録の抹消を申請します。

記

登録者	氏名	
	生年月日	年 月 日（歳）
	住所	
抹消の理由		<input type="checkbox"/> 登録者の長期入院 <input type="checkbox"/> 登録者の施設等入所 <input type="checkbox"/> 登録者の市外転出 <input type="checkbox"/> 登録者の死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )