

高齢者配食支援事業利用者緊急連絡先同意書

私は、次の利用希望者の方が利用する高齢者配食支援事業に関して、この同意書記載の私の個人情報について、委託業者及び地域包括支援センター等の関係機関に提供することについて同意します。

利用希望者氏名	
---------	--

連絡先 1		続柄	
ふりがな 氏 名	⑩		
住 所			
電話番号	( )		

連絡先 2		続柄	
ふりがな 氏 名	⑩		
住 所			
電話番号	( )		

ケアマネジャー連絡先	事業所名	
ふりがな 氏 名	⑩	
住 所		
電話番号	( )	

※署名及び押印をお願いします。