

避難行動要支援者名簿登録・情報提供同意書

音更町長 宛て

住所・居所			
氏名		性別	
生年月日		町内会名	
理由	区分		
	状態等		

※太線枠内について、チェック、記入してください。

避難行動要支援者名簿への登録及び関係機関への登録情報の提供について、
(どちらかに○をしてください。)

同意します。

同意しません。

※関係機関：警察、消防、社会福祉協議会、町内会、自主防災組織、その他避難支援等の実施に携わる関係者
※提供する情報：氏名、性別、生年月日、住所(居所)、町内会名、電話番号その他連絡先、登録の理由

同意しない方は、理由をお教えてください。(同意する方は記入不要です。)

- 自分や家族等の協力により避難が可能である。
- 情報が関係機関に共有されることに同意できない。
- その他 ()

年 月 日

氏名 _____

※ 署名又は記名押印してください。
※ 未成年者の場合は、保護者が保護者自身の氏名を署名してください。

連絡先 (番号) _____ (電話に出る人の氏名) _____ (続柄) _____

(番号) _____ (電話に出る人の氏名) _____ (続柄) _____

※連絡先は、少なくとも1つ記入してください。