第３号様式

瀬谷区認知症高齢者等SOSネットワーク登録廃止届

（申請先）
横浜市瀬谷区福祉保健センター長

※太枠内の必要事項を記入してください。　　記入日：　　年　　月　　日

ふりがな 申 込 者 氏 名	続柄（　　）
住　　所	
電 話 番 号	・自宅　（　　） ・携帯電話　（　　） ・勤務先　（　　）

ふりがな 本 人 氏 名	（ 性別： 男 ・ 女 ）
生 年 月 日	年　　月　　日
住　　所	瀬谷区
登録廃止理由	１．長期入院のため ２．長期入所のため ３．区外転出のため ４．死亡のため ５．その他（　　）

区役所処理欄	瀬谷区登録番号	
	削 除 日 時	
	備　考	

担当者記入欄

受取者は
サインをする

送付者	方法	二ッ橋	二ッ橋第2	阿久和	中屋敷	下瀬谷	警察	区
	手渡しのみ	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日