

同意書

年 月 日

水巻町長 様

住 所

氏 名

印

配食サービス実施時に施錠され、弁当の受け取りが出来ない場合は、下記のとおり承諾いたしますので、緊急連絡先または役場職員による安否確認をお願いします。

また、緊急連絡先等の情報を必要に応じて水巻町役場福祉課から関係各署へ提供することに同意いたします。

記

1. 緊急連絡先への連絡に同意します。

なお、緊急連絡先の方に対する情報登録の同意の確認は、私が行います。

2. 緊急を要する場合は、私の住所に立ち入り、緊急連絡先（もしくは鍵保有者）の開錠または専門業者による開錠に同意します。また、やむを得ない場合は、住所の一部を破壊することを承諾します。

3. 安否確認に伴う費用は私が負担し、損害については町や関係機関に請求いたしません。

緊急連絡先①	フリガナ			
	氏 名		男 ・ 女	合鍵 有 ・ 無
	関 係			
	住 所			
	連絡先	(自宅) (携帯) (携帯メールアドレス)	(職場)	
緊急連絡先②	フリガナ			
	氏 名		男 ・ 女	合鍵 有 ・ 無
	関 係			
	住 所			
	連絡先	(自宅) (携帯) (携帯メールアドレス)	(職場)	