

様式第 10 号 (第 12 条関係)

年 月 日

伊方町長 様

(届出人) 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

電 話 _____

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____

緊急通報装置利用取消届出書

下記のとおり、利用の取消しを届出します。

記

該当する内容に丸をし、必要事項を記入してください。

届出理由 ※下記、四角「□」内の該当する箇所にチェック「✓」をしてください。 また () 内に必要事項を記入してください。		
<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 施設に入所 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 辞退 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
機器の返却	どちらか選択しチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 委託業者による引き取り <input type="checkbox"/> 関係者による返却	※「委託業者引き取り」の場合 氏 名： 続 柄： 連絡先：
取外し 希望日 (有・無)	第一希望日： _____ 第二希望日： _____ 第三希望日： _____ ※希望日は、ある場合のみ記入し、書類を提出する日から2週間以後の日付に設定してください。委託業者から直接電話にて日程調整させていただきます。空き状況によりご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。	