



# 同 意 書

私は、SOSオレンジネットワーク（認知症高齢者見守りネット）の利用にあたり、警察署に登録情報を提供すること、行方不明時にはオレンジネット協力機関へ情報提供することについて同意します。

また認知症に関する情報提供等を受け入れることについて同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 東大阪市社会福祉協議会

会 長 江 浦 保 様

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 \_\_\_\_\_  
(同意者)

住所 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_ F A X ( ) \_\_\_\_\_