②

高齢者等緊急通報装置第一協力員承諾・承認書

年　　月　　日

高 石 市 長　様

住　所　高石市

続　柄　親族(　　)・近隣・その他(　　)

第一協力員　(フリガナ)

氏　名　　㊞

電話番号　(　　)　　－

私は、下記の者が高齢者等緊急通報装置の給付を申請するにあたり、

第一協力員となることを承諾するとともに、利用者情報を緊急通報装置の

センター装置に登録することを承認します。

記

住　所　高石市

給付対象者　氏　名

電話番号　(　　)　　－