

以下は記入しないでください。

枚方市及び地域包括支援センター（高齢者サポートセンター）記入欄

キーホルダー NO. ()

受付（配付） 場 所	<input type="checkbox"/> 健康福祉総合相談課 <input type="checkbox"/> 健康福祉総合相談課 北部リーフ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ()		
受付（配付） 担当者氏名			
受付年月日	令和 年 月 日	配付年月日	令和 年 月 日
配付方法	<input type="checkbox"/> 対象者に手渡し <input type="checkbox"/> 申込者に手渡し <input type="checkbox"/> 対象者に郵送済 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備 考	<input type="checkbox"/> 健康福祉総合相談課から (対象者 ・ 申込者) に郵送を希望		
	<input type="checkbox"/> 枚方市徘徊高齢者（行方不明者）SOSネットワーク登録者 <input type="checkbox"/> 高齢者家族支援事業（GPS端末貸与）利用者		