緊急連絡先登録同意書

神戸市長 あて

私は、「神戸市終活情報登録制度」における下記の登録対象者の緊急連絡先として登録されることについて同意します。

1 登録対象者

氏名		登録番号 ※	
生年月日	年	月	日

※ 登録番号は、登録対象者の終活情報登録が完了している場合のみ、登録対象者に確認の上、記入してください。

2 緊急連絡先

記入年月日	年	月	日
ふりがな			
氏名			
住所	都道 府県	市区 町村	
生年月日	年	月	日
電話番号	—	—	
登録対象者との関係			
緊急連絡先の優先順位	※ 登録対象者に確認の上、記入してください。		

※ 登録対象者が病気や事故等により意思表示ができなくなったとき、または死亡したときに、登録された緊急連絡先の情報を、下記からの照会に対して、神戸市が開示します。

- ① 登録対象者が登録情報開示先として登録した方
- ② 警察、消防、医療機関及び福祉事務所

※ 緊急連絡先登録同意書は、必ず緊急登録先として登録される方が自署または記名押印してください。

※ 登録内容の変更及び廃止は、登録対象者の申請に基づき行います。