番号

平成○年(20○○年)○月○日

滋賀県 健康医療福祉部

医療福祉推進課長 様

○○市○○○課長

認知症等による身元不明の高齢者にかかる身元照会の終了について（報告）

標記の件につきまして、平成○年○月○日付け○○第○○号により、身元不明の高齢者の身元照会をしたところですが、身元が判明しましたので周知および情報提供を終了いただきますようお願いいたします。

担当

〒○○○－○○○○　滋賀県○○市○○町○○番地

○○市○○課　担当：○○

電話：○○○○－○○－○○○○

ファックス：○○○○－○○－○○○○