

水戸市終活関連情報登録照会書

水戸市長 様

私は、「水戸市終活関連情報登録事業」の登録対象者 _____ の照会可能な登録者として、水戸市終活関連情報登録事業実施要項第5条第1項の規定により、登録情報の照会を求めます。

請求年月日	年 月 日
ふりがな	
氏名	
住所	〒 _____
電話番号	
身分証明書 (※)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
開示希望の 登録情報	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> かかりつけ医，アレルギー等 <input type="checkbox"/> リビング・ウィルを記した文書の保管場所 <input type="checkbox"/> エンディングノートの保管場所 <input type="checkbox"/> 臓器提供の意思 <input type="checkbox"/> 献体登録先 <input type="checkbox"/> 死後事務委任契約及び葬儀等の生前契約等 <input type="checkbox"/> 墓の場所 <input type="checkbox"/> 遺言書の保管場所
【市処理欄】 <input type="checkbox"/> 身分証明書と照合済み	