

福崎町認知症高齢者等見守り・SOS ネットワーク事業協力機関等登録届出書

年 月 日

福崎町長 様

所在地 _____

機関名称 _____

代表者 _____

届出者 _____

福崎町認知症高齢者等見守り・SOS ネットワーク事業の趣旨に賛同し、協力したいので次のとおり届出します。

協力機関名	
所在地（住所）	
代表者	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
協力依頼時の連絡方法等	FAX・メール・その他（ ）
備考	

<個人情報に関する誓約書>

- 1 この事業を通じて得た情報は、目的以外に使用しません。
- 2 この事業を通じて得た情報は、取扱いに十分注意します。
- 3 必要がなくなった情報については、責任をもって速やかに廃棄します。

年 月 日

協力機関等の名称

代表者名

印