様式第５号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　洋野町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　協力機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

洋野町認知症見守り・SOSネットワーク事業協力機関申請書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな協力機関名 |  |
| ふりがな担当者氏名 |  |
| 所在地 | （〒　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| FAX番号 |  |
| 協力内容 | □見守り協力□SOS協力（情報提供等） |
| 連絡方法 | □電子メール　　　　　□ファクシミリ（※写真が鮮明に表示されない場合があります） |
| その他希望等 |  |

次のとおり、洋野町認知症見守り・SOSネットワーク事業協力機関としての登録を申請します。

＜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、事業の目的以外には使用しません。

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、責任を持って速やかに廃棄します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞