

小豆島町長 殿

小豆島町認知症高齢者等見守りSOSネットワーク協力機関登録届出書

本事業の趣旨に賛同し、次のとおり協力機関として届け出ます。

ふりがな 事業所又は機関名			
所在地	(〒 -) 小豆島町		
ふりがな 代表者氏名			
ふりがな 担当者氏名			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
協力依頼時の連絡先 及び方法	方法 (電話 ・ FAX ・ メール)		
情報提供可能時間	平日(8:30~17:15)以外の情報提供 (可 ・ 不可) ※可の場合は FAX での情報提供のみとさせていただきます		
その他	ステッカー希望枚数 (枚)		

<p>〈個人情報に関する誓約書〉</p> <p>1. この事業を通じて得た個人情報は、事業の目的以外に使用しません。</p> <p>2. この事業を通じて得た個人情報の取扱いについては、十分に注意します。</p> <p>3. 必要がなくなった個人情報については、責任をもって速やかに破棄します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">協力機関等の名称 代表者名</p>	
---	--

※町記入欄	登録年月日	登録番号	取消日
	令和 年 月 日		年 月 日