年　　月　　日

加西市長様

【申請者】事業所名

事業所所在地

代表者氏名

届出者氏名

**加西市認知症高齢者等見守り・ＳＯＳネットワーク事業**

**協力者登録申請書**

本事業の趣旨に賛同し、事業協力者として、下記の通り申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 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、責任を持って速やかに廃棄します。

　　年　　月　　日

協力機関名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印