

年 月 日

那須塩原市長 様

申請者 所在地又は住所
事業所名
代表者氏名 ㊟

認知症高齢者等SOSネットワーク事業協力機関登録申請書

認知症高齢者等SOSネットワーク事業の趣旨に賛同し、協力したいので、認知症高齢者等SOSネットワーク事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

協力機関名	
所在地又は住所	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mail（必須）	
担当者職・氏名	
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については、事業の目的以外に使用しません。
- 2 この事業を通じて得た情報については、取扱いに十分注意します。
- 3 この事業を通じて得た情報を第三者に提供することのないよう十分注意します。
- 4 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。

事業所名
代表者氏名 ㊟