

様式第3号（第6条関係）

赤磐市認知症高齢者等SOSネットワーク事業
協力機関届出書

年 月 日

赤磐市長 様

赤磐市認知症高齢者等SOSネットワーク事業の趣旨に賛同し、下記のとおり届け出ます。

ふりがな	
事業者名	
ふりがな	
代表者 職・氏名	
所在地	
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	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX ※どちらかを選択してください
ふりがな	
担当者 職・氏名	
営業時間	
定休日	
主な活動地域	<input type="checkbox"/> 山陽 <input type="checkbox"/> 赤坂 <input type="checkbox"/> 熊山 <input type="checkbox"/> 吉井 <input type="checkbox"/> 全市
備考	
〈個人情報に関する誓約及び同意事項〉	
1. この事業を通じて知り得た個人情報を適切に管理し、第三者への提供又は目的外に使用しません。活動を退いた後も同様とします。	
2. 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。	
届出者署名 _____ 印	