

様式第4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  
協力員届出書

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	
氏名	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
所属	あなたの所属として、当てはまるものがあれば、当てはまるものすべてにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 福祉施設等職員 <input type="checkbox"/> 民生児童委員 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他
〈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 _____	