様式第3号(第6条関係)

豊見城市認知症高齢者等見守りＳＯＳネットワ－ク事業　協力機関登録届出書

年　　　　月　　　　日

豊見城市長　殿

所在地：

事業所名：

代表者氏名：

届出者氏名：

豊見城市認知症高齢者等見守りＳＯＳネットワ－ク事業の趣旨に賛同し、協力したいので、次の

とおり届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 協力機関  (事業所名) |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所在地(住所) | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メ-ルアドレス |  |
| 氏名・担当者職名 | 氏名（ふりがな）　　　　　　　　　　　担当者職名： |
| 協力できる捜索方法(時間帯、捜索場所など具体的に記載してください。) | ◎記入例  ・デイサービスなどの送迎時、又は出勤、帰宅を利用して捜索に協力できる。  ・職員などが30分程度、事業所又は地域周辺を捜索することができる。  ・職場周辺100メートル圏域を捜索することができる。 |
| 捜索協力依頼時の連絡先・方法など | ＦＡＸ　　　・　　　　Ｅ-ｍａｉｌ |
| 備考 | 上記の連絡方法で連絡した場合、返信可能な時間帯を○で選択してください。  1．終日可  2．毎日(　　　　　～　　　　　　　　)まで可 |

（第9条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 豊見城市認知症高齢者等見守りＳＯＳネットワ－ク事業に係る  個人情報に関する宣誓書  豊見城市長　殿  1　この事業を通して得た情報については、目的以外に利用しません。  2　この事業を通して得た情報については、取扱いに十分注意します。  3　この事業を通して得た情報を目的外に利用し、又は第三者に提供しません。  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。  　　　　年　　　月　　　日 | |
|  | 協力機関名：  連絡先：  代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  | |