

豊見城市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業 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ネットワー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	
メールアドレス	
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	F A X ・ E - m a i l
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ネットワーク事業に係る
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