

様式第5号

摂津市認知症高齢者等ひとり歩きSOSネットワーク事業協力事業者登録申請書

年 月 日

摂津市長 様

〒

住 所 _____

事業者名 _____

代表者名 _____

認知症高齢者等ひとり歩きSOSネットワーク事業の趣旨に賛同し、下記の事項を遵守し、協力事業者として登録を受けたいので、申請します。

記

- 1 この事業を通じて得た個人情報を他に漏らさず、この事業の目的以外に利用しないことを誓約します。
- 2 この事業を通じて得た情報の取扱いについては、十分に注意いたします。
- 3 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いたします。
- 4 市が協力事業者一覧を作成し、市の広報、ホームページ等に名称等を公表することに同意します。

協力内容	認知症高齢者等ひとり歩きSOSネットワーク事業			
電話番号				
FAX 番号				
メールアドレス				
担当者	所 属		役 職	
	氏 名			