

宝達志水町認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業

協力機関登録申請書兼個人情報の取扱いに関する誓約書

年 月 日

宝達志水町長 様

次のとおり、宝達志水町認知症高齢者等SOSネットワーク事業協力機関の登録を申請します。

機関・事業所名	
所在地	
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
情報配信手段	FAX ・ メール

個人情報の取扱いに関する誓約書	
1 この事業を通して得た情報については、事業目的以外には使用しません。	
2 この事業を通して得た情報については、取扱いに十分に注意します。	
3 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破棄します。	
機関・事業所名	
代表者氏名	印