

様式第4号

浦添市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク 協力機関登録届出書

年 月 日

浦添市長 殿

届出者氏名 _____

浦添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 F A X	
E × ー ル ア ド レ ス	
担 当 者 職 名 ・ 氏 名	
協力できる方法(時間帯、場所など具体的に記載してください)	• 時間帯： • 場所(業務範囲)： <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 近隣市町村(那覇市、宜野湾市、西原町) <input type="checkbox"/> 県外
備 考	※県外行方不明高齢者の情報提供 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

浦添市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業に係る
個人情報に関する誓約書

浦 添 市 長 殿

1. 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。
2. この事業を通して得た情報を目的外に使用、又は第三者に提供しません。
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廃棄します。

年 月 日

協力機関名 _____

代表者名 _____