

七尾市長

申請者 所在地
 事業所名
 代表者氏名 印

七尾市認知症高齢者等SOSネットワーク事業協力機関登録申請書

七尾市認知症高齢者等SOSネットワーク事業の趣旨に賛同し、協力したいので、下記のとおり申請します。

記

協力機関名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mail（必須）	
担当者職・氏名	
備考	

個人情報に関する誓約書

- この事業を通じて得た情報については、目的以外に使用しません。
- この事業を通じて得た情報については、取扱いに十分注意します。
- この事業を通じて得た情報を第三者に提供することのないよう十分注意します。
- 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。

協力機関名
 代表者名 印