様式第７号（第６条関係）

井原市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業協力機関登録申請書

年　　月　　日

井原市長　様

所在地

事業所名

代表者職・氏名

井原市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業の趣旨に賛同し、協力機関として登録するため、井原市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 協力機関名　 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者　職・氏名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 協力内容 | 協力できる内容にチェックを付けてください。□ 日常活動の中で高齢者を見守り、異変事には関係機関へ連絡する□ 行方不明者の発見への協力□ 認知症の方への声かけ・見守り□ 講座（サポーター養成）・研修会への参加□ その他可能な範囲での協力 |
| **個人情報に関する誓約書**井原市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業を通して知り得た個人情報の取扱いについて、次の事項を遵守します。１ この事業を通して得た個人情報については、ＳＯＳネットワーク事業の目的以外に使用しません。２ この事業を通して得た個人情報については、取扱いに十分に注意します。３ この事業を通して得た個人情報を不正に使用し、又は提供することのないよう、適正に管理します。４ 必要がなくなった個人情報（複写した情報を含む。）については、速やかに破棄します。協力機関名代表者氏名 |