年　　月　　日

京丹後市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク協力機関登録申請書兼
個人情報に関する誓約書

京丹後市長　様

協力機関名

所在地

代表者氏名　　印

下記のとおり、京丹後市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク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	
通常業務日・時間	
時間外対応	可・不可 〔　　〕

個人情報に関する誓約書

1　この事業を通して得た情報については、目的以外に使用しません。

2　この事業を通して得た情報については、取り扱いには十分に注意します。

3　この事業で得た情報を不正に使用又は提供することのないよう、十分に注意します。

4　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

代表者氏名　　印