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