

第5号様式（第8条関係）

さつま町認知症高齢者SOSネットワーク事業協力事業者等登録届出書

年 月 日

さつま町長 様

(申請者) 住所  
商号  
代表者名 印

さつま町認知症高齢者SOSネットワーク事業の協力事業者等として、下記の情報を登録することを届け出ます。

なお、さつま町から提供を受けた高齢者等の情報については、個人情報保護に関する関係法令等を厳守します。

事業所又は個人情報	
住 所	〒
事業所名又は個人名	(ふりがな) -----
代表者氏名 (個人の場合は記入不要)	(ふりがな) -----
連絡担当者 (個人の場合は記入不要)	(ふりがな) -----
連 絡 先	電 話
	F A X
メールアドレス (必ず記入してください)	
町ホームページ掲載	町ホームページに協力事業者として登録したことを掲載することに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

※登録して頂いた個人情報は、さつま町認知症高齢者SOSネットワーク事業以外には使用しません。