様式第４号

豊能町･能勢町認知症高齢者等SOSネットワーク事業協力事業者登録書

豊能町長

能勢町長　様

平成　　年　　月　　日

本事業の趣旨に賛同し、下記の事項を順守し、協力事業者として届け出ます。

なお、

１、SOSネットワーク事業上知り得た秘密を漏らし、個人情報をこの活動以外の目的に利用しないことを承諾します。

２、町が協力事業者一覧を作成し、町のホームページ、広報等に名称などを公表することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業所名  団体名 |  |
| フリガナ |  |
| 代表者名 | 印 |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| ご担当者名 |  |
| その他 |  |