

(様式8)

泉佐野市高齢者等見守りSOSネットワーク事業

協力機関届出書

下記のとおり泉佐野市高齢者等見守りSOSネットワーク事業の協力機関として登録することを届出ます。

本事業に関して知り得た個人情報については、他に漏らさないものとし、事業終了後においてもその守秘義務を遵守します。

記

届出日		年	月	日
機関名 (事業所名)				
代表者名				
所在地				
連絡先	電 話			
	F A X			
	メー ル			
営業日 営業時間				
担当者名				

※FAXのみでは写真が黒くなり見えにくくなるため、メールにて画像を送信致します。