

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。

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			
	FAX			
	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。