

様式第4号

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

能勢町長 様

令和 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。

- 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	
フリガナ 代表者名	
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	