

様式第7号

個 ー

浦添市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク 協力者登録届出書

年 月 日

浦添市長 殿

届出者氏名

浦添市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業の趣旨に賛同し、協力したいので、次のとおり届出します。

| | |
|-------------------------------|--|
| 協力者氏名 | (<input type="checkbox"/> 身分証確認) |
| 住所 | |
| 所属 | (<input type="checkbox"/> 所属証確認) |
| 電話番号 | (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯) |
| 【 ※ 必須 】 Eメールアドレス F A X | |
| 協力できる方法(時間帯、場所など具体的に記載してください) | <ul style="list-style-type: none">• 時間帯：• 場所(行動範囲)：<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 市内<input type="checkbox"/> 近隣市町村 (<input type="checkbox"/> 那覇市、<input type="checkbox"/> 宜野湾市、<input type="checkbox"/> 西原町)<input type="checkbox"/> 県全域<input type="checkbox"/> その他 |
| 備考 | ※県外行方不明高齢者の情報提供 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |

浦添市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業に係る
個人情報に関する誓約書

浦 添 市 長 殿

1. この事業を通して得た情報については、取扱いに十分注意します。
2. この事業を通して得た情報を目的外に使用、又は第三者に提供しません。
3. 必要がなくなった情報については、責任を持って速やかに廃棄します。

年 月 日

氏 名 _____

住 所 _____