

(様式第4号)

清里町認知症等高齢者SOSネットワーク協力事業者登録申請書

令和 年 月 日

清里町長 様

住 所

事業者名

代表者名

印

清里町認知症等高齢者SOSネットワーク事業の趣旨に賛同しますので、協力事業者としての登録について申請致します。

なお、事業への協力にあたっては、下記の事項を遵守します。

- 1 SOSネットワーク事務局から捜査協力の依頼があった場合は、通常業務の中で可能な範囲で、行方不明者の発見に協力します。
- 2 対象者を発見又は保護した場合は、速やかに警察署並びに事務局に連絡するとともに、警察官が到着するまでの間、対象者の保護に努めます。
- 3 対象者の発見時の身体状況により、消防署に対する緊急要請を行います。
- 4 捜索協力等に要した経費は、当方の負担とします。
- 5 この事業を通して得た個人情報の取り扱いについては十分に注意を払い、他に漏らしたり目的以外に利用しません。また、必要が無くなった情報については、責任をもって速やかに廃棄致します。

協力内容	清里町認知症等高齢者SOSネットワーク事業		
電話番号		FAX番号	
E-mail			
担当者 (連絡先)	所属		
	役職		
	氏名		
捜索協力 依頼時	希望の 連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> その他 ( )