

様式第5号

高岡市認知症の方及び障がい者支援関係事業（高岡市認知症 SOS 緊急ダイヤルシステム事業）協力団体登録申請書

年 月 日

高岡市長あて

〒〇〇〇 - 〇〇〇〇
所在地 高岡市〇〇××番地
団体名 〇〇法人
代表者名 〇〇 〇〇

高岡市認知症 SOS 緊急ダイヤルシステム事業の協力団体に登録し、認知症の方の行方不明が発生した場合は、可能な範囲で協力します。なお、個人情報については、以下の誓約書に基づき取り扱います。また、登録したメールアドレスを第三者業者に提供し、認知症の方の行方不明が発生したときに利用されることに同意します。

協力団体名	〇〇法人
住所	高岡市〇〇××番地 (小学校区：〇〇)
メールアドレス	(1)〇〇事務局 (〇〇〇〇〇@〇〇〇〇 (2)〇〇事務局 (携帯 〇〇〇〇〇@〇〇〇〇 (3)〇〇デイサービスセンター 〇〇〇〇〇@〇〇〇〇 (4)〇〇ヘルパーステーション 〇〇〇〇〇@〇〇〇〇 (5)〇〇病院 〇〇〇〇〇@〇〇〇〇 ※受信アドレスは、何個でも 設定することが可能です。
電話番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
ホームページ掲載	☒ 掲載しても構わない ☐ 掲載を望まない

個人情報に関する誓約書

- 1 この事業で得た情報については、目的以外に使用しません。
- 2 この事業で得た情報については、取扱いに十分に注意します。
- 3 この事業で得た情報を不正に使用又は提供することのないよう十分に注意します。
- 4 必要がなくなった情報については、責任をもって速やかに廃棄します。

協力団体名 〇〇法人
代表者名 〇〇 〇〇