

(様式8)

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。