（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。

本事業に関して知り得た個人情報については、他に漏らさないものとし、事業終了後においてもその守秘義務を遵守します。

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。