

高石市 見守り支援プラン事業協力機関登録届出書

平成 年 月 日

社会福祉法人

高石市社会福祉協議会 会長 様

所在地

名称

印

届出者氏名

本事業の趣旨に賛同し、知り得た個人情報を保護するとともに、営業活動に使用しないことを承諾し、下記のとおり協力機関として届け出ます。

記

事業所名称		
所在地	〒	
代表者氏名		
本事業に関する 担当者氏名及び 連絡先		
行方不明者情報 を提供する場合 の連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	