様式第４（第７条関係）

協 力 団 体 登 録（新規・変更）申 請 書

申請日　　年　　月　　日

美　浜　町　長　様

申請者　住　所：

団体名：

代表者：　　㊞

当団体は、裏面の規約に同意した上で、美浜町認知症迷い人ＳＯＳ情報ネットワークの協力団体に登録し、迷い人が発生した場合は、業務に支障のない範囲で協力します。また、受信した個人情報については、取り扱いに十分注意します。

●協力団体登録担当窓口

部署名			
担当者名			
住　所	□申請者に同じ		
電話番号		ＦＡＸ番号	
メールアドレス			
情報受信手段	ＦＡＸ　・　メール		

●ＦＡＸ配信先（同一団体内で、複数のＦＡＸ番号へ配信希望の場合のみ）

部署名	ＦＡＸ番号

＊欄が不足する場合は別紙添付してください