

潮来市長 様

年 月 日

潮来市高齢者等SOSネットワーク協力機関登録申請書

潮来市高齢者等SOSネットワーク事業の趣旨に賛同し、個人情報保護することを承諾したうえで、下記の通り協力機関として届け出ます。

(フリガナ) 事業所名	
(フリガナ) 代表者氏名	㊟
所在地	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者氏名	
営業時間	
定休日	
協力できる検索方法(時間帯、検索場所など具体的に記載してください)	<p>◎記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスなどの送迎時、又は出勤、帰宅を利用して検索に協力できる。 ・職員などが30分程度、事業所又は地域周辺を検索することができる。 ・職場周辺100メートル圏域を検索することができる。
検索協力依頼時の連絡先・方法	FAX ・ E-mail
備考	<p>上記の連絡方法で連絡した場合、返信可能な時間帯を○で選択してください。</p> <p>1. 終日可</p> <p>2. 毎日（ : ～ : ）まで可</p>