

中能登町高齢者等安心ネットワーク事業協力機関登録申出書

年 月 日

中能登町長

申出者 事業所名

代表者氏名

印

中能登町高齢者等安心ネットワーク事業に協力したいので、次のとおり申し出ます。

登録する事業所名	
所在地	
担当者氏名	
電話番号	
ファックス番号	
メールアドレス	
情報配信手段	ファックス ・ メール ・ 両方とも

個人情報に関する誓約書

中能登町高齢者等安心ネットワーク事業を通して知り得た個人情報の取り扱いについて、次の事項を遵守します。

1. 個人情報を中能登町高齢者等安心ネットワーク事業の目的以外には使用しません。
2. 個人の権利利益を侵害することのないよう個人情報の取り扱いに十分注意します。
3. この事業を通して知り得た個人情報を不正に使用又は提供することのないよう、適正に管理します。
4. 必要がなくなった個人情報（複写した情報を含む。）については、速やかに破棄します。

協力機関名

代表者氏名

印