様式第6号（第10条関係）

SOSネットワーク協力機関登録届出書

年　　月　　日

薩摩川内市地域包括支援センター長　様

所在地

事業所名

代表者氏名

届出者氏名

薩摩川内市SOSネットワーク事業の趣旨に賛同し、協力したいので、次の通り届出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 協力機関 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 担当者職名・氏名 | 職名：　　　　　　　　　　　　氏名： |
| 協力できる方法　（時間帯、場所など具体的に記載してください） | ◎記入例・デイサービスなどの送迎時、又は出勤、帰宅を利用して早期発見に協力できる。・職員などが30分程度、事業所又は地域周辺の確認に協力することができる。・職場周辺100メートル圏域の確認に協力することができる。 |
| 捜索協力依頼時の連絡先・方法など | 　　E-mail |
| 備考 | 〇上記連絡方法で連絡した場合、返信可能な時間帯を〇で選択してください。１．終日可２．毎日（　　　　　　　～　　　　　　　　）まで可薩摩川内市社会福祉協議会ホームページ掲載　□同意する　　　　□同意しない |

|  |
| --- |
| 薩摩川内市SOSネットワーク事業に係る個人情報に関する宣誓書薩摩川内市地域包括支援センター長　様１．この事業を通して得た情報については、目的以外に使用しません。２．この事業を通して得た情報については、取り扱に十分注意します。３．この事業を通して得た情報を第三者に提供しません。４．必要がなくなった情報については、責任をもって速やかに廃棄します。　年　　月　　日協力機関名　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　 |