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 |