

加東市ひとり外出見守り・SOSネットワーク構築事業協力機関登録届出書

年 月 日

加東市長

所在地 _____

名称 _____

届出者 氏名 _____

記

事業所名称		
所在地	〒	
代表者氏名		
本事業に関する担当者氏名及び連絡先	担当者氏名 連絡先（電話番号等）	
行方不明者情報を提供する場合の連絡先	FAX番号	
	電話番号	

- * 登録協力機関名については、広報紙やチラシ等への掲載など無断で行いません。
- * 変更が生じた場合には、加東市健康福祉部高齢介護課（地域包括支援センター）までご連絡をお願いします。

TEL 0795-43-0431 FAX 0795-42-1735