様式第３号（第６条関係）

琴平町行方不明高齢者等SOSネットワーク事業協力機関参加申請書兼誓約書

　年　　　月　　　日

琴平町長　様

届出者　所 在 地

名　　称

代表者　職・氏名

※代表者による署名に代えて、記名押印することもできます。

琴平町行方不明高齢者等SOSネットワーク事業の協力機関の参加について、琴平町行方不明高齢者等SOSネットワーク事業実施要綱第６条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　　　） |
| FAX番号 | （　　　　　　　） |
| メールアドレス |  |

なお、個人情報の取扱いについては、次のとおり誓約します。

**個人情報に関する誓約**

１．この事業を通して得た情報については、行方不明高齢者等SOSネットワーク事業の目的以外には使用しません。

２．この事業を通じて得た個人情報の不正な使用又は第三者に提供することがないよう、十分に注意します。

３．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。

４．その他個人情報の取扱い及び管理については、個人情報の保護に関する法律及び琴平町個人情報の保護に関する法律施行条例の規定を遵守します。