

大津市認知症相談窓口協力事業所登録申請書

年 月 日

大津市長 様

協力団体名

所在地

代表者名

印

大津市認知症相談事業に登録し、認知症相談に対応し、可能な範囲で市の認知症対策事業に協力します。なお、個人情報の取り扱いについては、下記のとおり誓約します。

電話番号		F A X 番号	
メールアドレス			
担当者氏名			
担当者所属役職			

個人情報に関する誓約書

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、取扱に十分に注意します。
3. この事業を通して得た情報が不正に使用又は提供することのないよう、十分に注意します。
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。

協力団体名

代表者名

印

* 相談についての留意事項

- ①認知症相談窓口の掲示（指定の掲示板）
- ②事業所の可能な範囲で相談をし、他の機関の紹介を適切に行ってください。
- ③市で行う認知症対策事業に可能な範囲でご協力ください。