

様式第2号(第10条関係)

見守り協力事業(登録・廃止)申請書

阿蘇市長 様

申請年月日 年 月 日

事業者 名称
代表者名 印
住所
電話番号

| | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 開始 | 見守り協力事業の目的を理解し、認知症高齢者に関する知識のあるボランティアとして、地域の高齢者を見守り、行方不明者発見のための活動に協力する協力事業者の登録を受けたいので届け出ます。 |
| <input type="checkbox"/> 廃止 | 協力事業者の登録を廃止したいので届け出ます。 |

| | | |
|-----|---------|--|
| 担当者 | 氏名 | |
| | 所属 | |
| | 電話番号 | |
| | ファックス番号 | |
| | メールアドレス | |

※開始の場合、確認の上、✓を付けてください。

〔誓約事項〕

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 個人情報保護の重要性を認識し、個人の権利利益を不当に害することのないようその適正な取扱いに努め、本事業の実施により知り得た個人情報を目的以外に利用し、又は提供し、漏らすことのないよう誓約します。 |
| <input type="checkbox"/> 市への連絡及び警察署又は消防署への通報に要した費用を負担します。 |

〔協力事項〕

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 職域における認知症サポーター養成講座を受講します。 |
| <input type="checkbox"/> 行方不明者の発見のための活動に協力します。 <ul style="list-style-type: none">・阿蘇市あんしんネットワーク(行方不明者情報)への登録・従業員への情報提供・監視カメラ及びドライブレコーダーの映像・音声の提供 など |
| <input type="checkbox"/> 連絡、通報等の模擬訓練に協力します。 |