（様式１）

たつの市つながるいのちサポートネットワーク協力機関登録届出書

年　　月　　日

たつの市長 様

所　在　地

名　　 称

代表者氏名　　　　　　　　　　　 印

届出者氏名

たつの市つながるいのちサポートネットワークの目的に賛同し、協力したいので、次のとおり届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 協力機関名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所在地（住所） | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E‐mail |  |
| 担当者職・氏名 | 職名： 　　　　　　氏名： |
| 市からの情報提供等の連絡方法 | 電話 ・ FAX ・ E-mail ・ その他 |
| 備 考 |  |

たつの市つながるいのちサポートネットワークに係る

個人情報に関する誓約書

たつの市長 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、取り扱いに十分注意します。

３ この事業を通して得た情報を目的外に使用し、又は第三者に提供することの

ないよう十分注意します。

４ 必要がなくなった情報については、責任を持って速やかに廃棄します。

年 　　月 　　日

協力機関名

代表者名