

「潟上市 助け合いひろがるネットワーク」 協力機関登録票

年 月 日

潟上市長 あて

本事業の趣旨に賛同し、下記のとおり協力機関として届け出ます。
また、本事業の協力機関として、その旨を市ホームページ等により公表することに同意します。
なお、個人情報については、以下の誓約書に基づき取り扱います。

(フリガナ) 事業所名	
(フリガナ) 代表者氏名	
所在地	(〒 -)
電話番号	
FAX番号※	要 ・ 不要 (代表 _____ のみの送信)
営業時間	
定休日	
担当者	(フリガナ) 氏名
	所属部署

個人情報に関する誓約書

- 1 この事業で知り得た情報を保護するとともに、営利活動等に活用しません。
- 2 この事業で知り得た情報を不正に使用、または提供することのないよう、取扱いに十分注意します。
- 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破棄します。

協力機関名

代表者／役職・氏名

上記登録情報に変更が生じた場合、様式第4号協力機関変更届にて、直ちに届出を行います。

※裏面あり

事務局記載

※FAX一括送信欄※

同一法人や、同一建物内にある機関で、FAX番号が共通の場合

	FAX番号	事業所名	担当者名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			