

(様式第2号)

伊豆の国市安全安心見守りネットワーク協力事業所登録申請書

年 月 日

伊豆の国市長 様

所在地
名 称
代表者の職及び氏名

伊豆の国市安全安心見守りネットワーク事業における協定書の内容に順じ、下記のとおり申請します。

記

所在地	〒 ー
業 種	
営 業 内 容	
営 業 時 間 定 休 日	
見 守 り 協 力 内 容	
連 絡 先	電 話 : FAX : E - mail
ホームページ等 での周知希望	<input type="checkbox"/> 市ホームページ、冊子等への掲載希望 <input type="checkbox"/> 掲載を希望しない
	※市ホームページに掲載する場合のアドレス記入 ()
認知症サポーター 養成講座受講状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
担 当 者	(所属) (氏名)

※ 取組の内容について、参考となる資料があれば、添付をお願いします。