

大槌町行方不明高齢者等早期発見事業協力機関登録申請書

年 月 日

大槌町長 様

名 称  
所在地  
代表者氏名

印

大槌町行方不明高齢者等早期発見事業への登録を下記の通り申請します。

記

名 称			
代表者氏名			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
担当者氏名			
備 考			

なお、個人情報の取扱いについては、本申請を持って下記について誓約したものとします。

誓約書

- 1 この事業を通して得た情報については、大槌町行方不明高齢者等早期発見事業の目的（行方不明高齢者等の捜索活動）以外には使用しません。
- 2 この事業を通して得た情報については、第三者に漏えいしないよう厳重に取扱います。
- 3 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。
- 4 大槌町が協力機関一覧を作成し、町の広報、ホームページ等に名称等を公表することに同意します。