

第1号様式（第9条関係）

中井町高齢者見守りネットワーク事業協力事業所登録(変更)申込書

年 月 日

中井町長 殿

申込者 住所(所在地)
名 称
代表者(職・氏名)

中井町高齢者見守りネットワーク事業実施要綱第9条第1項の規定により次のとおり申込みます。

名 称	
住所（所在地）	〒
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
担当部署	担当者名
業務内容・事業内容	
名称等公表の可否	可 ・ 否
備 考	

※名称等公表を「可」と回答いただいた場合は、担当者名以外の全部または一部の項目について、町ホームページや町広報紙等へ掲載する場合があります。

※登録内容に変更がある場合は、変更する項目のみ記入してください。