様式第１号（第５条関係）

結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク協力事業所協定書

　協力事業所（　　　　　　　　　　）を甲，結城市を乙とし，甲の「ＳＯＳネットワーク」への協力について，甲乙両者は「結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業実施要項」に基づき協定を締結する。ただし，捜索に係る経費については，甲が負担するものとする。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 協力事業所名 |  | | | |
| 担当者  （役職・氏名） |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 電話・ＦＡＸ番号 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 対応可能範囲  ※□にチェックを  お願いします。 | 行方不明者 | □　市内  □　近接市町  □　県内市町村  □　隣接都県 | 身元不明者 | □　市内  □　近接市町  □　県内市町村  □　隣接都県 |
| 協力依頼時の  連絡方法  ※□にチェックを  お願いします。 | □　メール　・　□　ＦＡＸ  ※原則メールとする。ただし，メールが困難な場合はＦＡＸとする。 | | | |

甲・乙は，この協定書を２通作成し，それぞれ記名押印のうえ，各自その１通を保有するものとする。

年　　月　　日

（甲）協力事業所名

住　　　　所

代 　表 　者　　　　　　　　　印

（乙）結城市大字結城１４４７

結 城 市 長　　　　　　　　　印

様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

結城市長　　　　　　　様

協力事業所名

住　　　　所

代 　表 　者　　　　　　　　　印

結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク協力事業所協定解除連絡票

結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業実施要項第５条第２項の規定により，下記のとおり協力事業所を解除したいので連絡いたします。

記

１　協定解除年月日

　　　　　　年　　月　　日

２　解除の理由

　　ＳＯＳネットワークの協力ができなくなったため

３　その他

ＳＯＳネットワークを通じて提供された資料については，別添により返還（またはシュレッダーにて処分）をお願いいたします。

なお，個人情報の保護については，協定解除後においてもその効力がありますので，御理解いただきますようお願いいたします。

様式第３号（第６条関係）

年　　月　　日

結城市長　　　　　　　様

住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　印

結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク協力者登録申請書

　結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業の協力者として登録を受けたいので，結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業実施要項第７条第１項の規定により，次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | |
| 住　所 |  | | | |
| 電話・ＦＡＸ番号 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 講座等受講日 | 年　　月　　日 | | | |
| 対応可能範囲  ※□にチェックを  お願いします。 | 行方不明者 | □　市内  □　近接市町  □　県内市町村  □　隣接都県 | 身元不明者 | □　市内  □　近接市町  □　県内市町村  □　隣接都県 |
| 協力依頼時の  連絡方法  ※□にチェックを  お願いします。 | □　メール　・　□　ＦＡＸ  ※原則メールとする。ただし，メールが困難な場合はＦＡＸとする。 | | | |

様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

結城市長　　　　　　　様

住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　印

結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク協力者登録解除連絡票

結城市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業実施要項第６条第２項の規定により，下記のとおり協力者の登録を解除したいので連絡いたします。

記

１　登録解除年月日

　　　　　　年　　月　　日

２　解除の理由

　　ＳＯＳネットワークの協力ができなくなったため

３　その他

ＳＯＳネットワークを通じて提供された資料については，別添により返還（またはシュレッダーにて処分）をお願いいたします。

なお，個人情報の保護については，協定解除後においてもその効力がありますので，御理解いただきますようお願いいたします。