

様式第1（第9条関係）

サルビー見守りネットの利用登録に係る誓約書（施設用）

令和 年 月 日

安城市医療・介護・福祉ネットワーク協議会会長

安城市医療・介護・福祉ネットワークにおいて、サルビー見守りネットの利用規約を遵守することを誓約します。

施設名	
施設所在地	〒
施設責任者 (代表者)	(※)
	(※) 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。
代表者 (施設責任者と異なる場合)	(※)
	(※) 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。
連絡先	電話番号：（ ） — FAX 番号：（ ） —
備考	

※事務局記入欄

令和 年 月 日

受理印