別記様式第３号（第９条関係）

栃木市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク協力機関登録票

年　　月　　日

　（宛先）栃木市長

　　栃木市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク協力機関の登録を次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| （申　請　者）住所又は所在地氏名又は名称及び代表者氏名 | 自署しない場合は、記名押印してください。法人の場合は、記名押印してください。 |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 備考 |  |