**高齢者等見守り支援協力事業所申込書**

　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込事業所・団体等の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者氏名（ご記入者名） |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| ホームページ掲載※ | 希望する　　　　　　　希望しない |
| 備　　　考 |  |

※登録をいただいた団体は、上越市のホームページに「高齢者等見守り支援協力事業所」として団体名・所在地を掲載します。

**【 注意事項 】**

高齢者等見守り支援協力事業所の登録解除を希望される場合は、別途手続きが必要になりますので、下記問い合わせ先まで御連絡ください。

　また、登録継続の有無について、事業所の意向が確認できない場合は、当課より登録解除手続きを行う場合がありますので、御了承ください。

［問い合わせ］上越市　健康福祉部　高齢者支援課

〒943-8601　上越市木田1-1-3

電話：025-520-5707　ＦＡＸ：025-526-6115