中野区地域包括ケア推進パートナーシップ協定

提案フォーム

年　　月　　日　提出

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当部署  |  |
| 担当者氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

■取組について

該当する取組の概要を選択後、その具体的内容を簡単に記載してください。

概要が複数にわたる場合は、それぞれ記載してください。列を追加していただいて構いません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 概要 | 該当する協定の概要を選択してください。 |  |
| 内容 | ・ |
| ② | 概要 | 該当する協定の概要を選択してください。 |  |
| 内容 | ・ |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人情報への同意 | ご提案内容やお名前、メールアドレス、ご住所、電話番号につきましては、個人情報保護法に基づき、適正に管理いたします。[ ]  同意します |
| 情報公開の確認 | 職員が職務上作成し、又は取得した文書等は、中野区区政情報の公開に関する条例に基づき情報公開の対象となる場合があります。また、ご提案項目のうち提案者情報及び取組の内容については、原則として区のホームページで公開させていただきます。[ ]  確認しました |