

大泉町さくらサポーター制度登録用紙

氏名・住所・連絡先を記入していただき、該当するものに○をつけてください。

自治会	
氏名	
住所	大泉町
連絡先	TEL
メールアドレス	
活動頻度	毎日 ・ 週 <u> </u> 回 ・ 月 <u> </u> 回
薬剤配布	希望する ・ 希望しない

※ 個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき、大泉町役場都市建設部 環境整備課にて適正に管理し、本制度に関する目的以外に使用はいたしません。

同意書

年 月 日

大泉町長 様

住 所 大泉町

氏 名 ⑩

私は、大泉町さくらサポーターの活動に参加する上で、町が名簿等作成する場合、必要となる個人情報を使用することに同意いたします。

○ 使用する個人情報

・住 所 ・氏 名 ・電話番号 ・メールアドレス