

高砂市アダプトプログラム推進事業 活動参加者名簿

団体名： _____

No. _____

No.	氏 名	住 所	年 齢	連絡手段 【TEL、FAX、Email】
代表者				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

※ 記入欄が不足する場合は、裏面をご利用ください。

※ 市民総合賠償補償保険適用の際の連絡に必要ですので、住所、年齢、電話番号等も記入してください。

※ 本事業で取得した個人情報については、目的以外には使用しません。また、その取扱いについては、関係法令及び条例を遵守し、適正に管理するとともに、不要になった情報は、速やかに廃棄、消去します。

