福井市障がい者自立支援協議会　傍聴・見学申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 対象 | □全体会　　□居宅生活支援部会　　□こども部会　　□就労支援部会□地域移行・地域定着部会　　□相談支援事業者連絡会□その他（　　　　　　　　　） |
| 開催日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  |
| 所属（所属のある方のみ） |  |
| 住所 | □事業所　□自宅 |
| 電話番号 | □事業所　□自宅 |
| メールアドレス |  |
| 目的 |  |

福井市障がい者自立支援協議会

　　　　　　　　　会　長　様

守秘義務誓約書

私は、下記の事項を遵守することを、ここに誓います。

１ 福井市障がい者自立支援協議会において知り得た秘密情報に関して、許可なく発表、

公開、漏洩、利用しないこと。

２ 個人情報は細心の注意を払い、個人情報保護法の規定の範囲を超えた利用をしないこと。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

※傍聴・見学を希望する者は、開催の３日前までに障がい福祉課へFAX（ 20-5407）又は電子メール（sfukusi@city.fukui.lg.jp）にて提出すること