チームオレンジあつぎ 登録申請書

　　年　　月　　日

（あて先）厚木市長

申請者　住所

名前

厚木市認知症サポーター等養成・チームオレンジ活動推進事業実施要綱第８条の規定により、次のとおりチームオレンジあつぎの登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| チーム名 | （ふりがな） |
|  |
| 代表者 | 氏名 | （ふりがな） |
|  |
| 住所（※） | （〒　　－　　　） |
|  |
| 電話番号 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名 | [ ]  同上 |
| 電話番号① |  |
| 電話番号② |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 類型 | [ ] 　第１類型：地域の交流拠点を設置 （場所　　　　　　　　　　）[ ] 　第２類型：既存の拠点を活用　　 （場所　　　　　　　　　　）[ ] 　第３類型：拠点を設置しない個別支援型 |
| 確認 | [ ] 　チーム名、活動内容等の市ホームページ等での公表[ ] 　オレンジコーディネーターとの申請内容・活動内容の共有 |
| 備考 |  |

（※）企業、事業所等の登録を希望する場合、その所在地を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 主な活動場所 |  |
| 主な活動内容 |  |
| チームの人数 | 人（うち、認知症本人の人数　　　人） |
| 参加方法 |  |
| 活動写真 | 市ホームページでの公開用の写真を添付（任意） |