

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 (※)	(〒 ー)
	電話番号	
担当者 連絡先	氏名	<input type="checkbox"/> 同上
	電話番号①	
	電話番号②	
	メールアドレス	
類型	<input type="checkbox"/> 第1類型：地域の交流拠点を設置 (場所) <input type="checkbox"/> 第2類型：既存の拠点を活用 (場所) <input type="checkbox"/> 第3類型：拠点を設置しない個別支援型	
確認	<input type="checkbox"/> チーム名、活動内容等の市ホームページ等での公表 <input type="checkbox"/> 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）