様式第１号（第６条第１項関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

伊豆の国市チームオレンジ登録申請書

　　年　　月　　日

伊豆の国市長　宛

住　所

申請者　代表者氏名

団体等の名称

伊豆の国市チームオレンジの登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| チームオレンジ（団体等）の名称 |  |
| 代表者 | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | （〒　　　－　　　　　　）　　　　　 |
| 連絡先 |  |
| 主な活動拠点 |  |
| １か月当たりの活動日数 | 回　 | 設置日 | 　年　月　日 |
| 主な活動内容（該当する項目に〇、複数可） |  | 認知症カフェ、サロン、認知症本人交流会等（本人、家族の居場所支援） |
|  | 認知症の人の就労活動、社会参加、趣味活動等の支援 |
|  | 見守り活動、話し相手、ゴミ出し等（認知症の人のみまもり、生活支援） |
|  | 地域での認知症啓発 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 誓約（□に✓を入れてください。） | □伊豆の国市チームオレンジとしての活動で知り得た個人情報を適切に取り扱うことを誓います。 |

* メンバーの名簿（参考様式）を添付してください。