年　　月　　日

阿見町保健福祉部 高齢福祉課長　殿

　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　電話

阿見町チームオレンジ登録申請書

阿見町チームオレンジに取り組む団体として登録をしたいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| チームオレンジの名称 |  |
| チーム代表者※申請者と同一の場合は、記載不要。 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| チーム員数 | 人 |
| 支援対象者 |  |
| 主な活動拠点 |  |
| 主な活動内容※活動項目（予定でも可）にレ点を入れてください。複数回答可。 | □認知症の人の見守り・声かけ□認知症で困っている人に対する情報提供□認知症等行方不明高齢者の捜索協力□認知症関連イベントへの運営参加□外出の同行支援□日常生活のサポート等の出前支援□その他　※下記に活動内容をお書きください。 |
| 町ホームページへの掲載 | 本登録内容（代表者、支援対象者についての記載は除く）を町ホームページに掲載することについて、あてはまる方に○をつけてください。許可する　・　許可しない |
| 備考 |  |