様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

甲賀市長　あて

申請者

所　在　地

名　　　称

代表者氏名

こうか市チームオレンジ登録申請書

　甲賀市チームオレンジ事業実施要綱第４条の規定により、こうか市チームオレンジ登録証の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| チームの名称 |  | | | |
| チーム代表者 | 氏　　名 | | |  |
| 住　　所 | | |  |
| 連絡先 | | |  |
| 団体・法人の種別 | 地域住民団体　/　ボランテイア団体　/　ＮＰＯ法人　/  社会福祉法人　/　医療法人　/　介護事業所　/　学校　/民間企業その他（　　　　　　　　　） | | | |
| 主な活動拠点 |  | | | |
| ステップアップ  研修受講者 | 氏　名 | |  | |
| 受講日 | |  | |
| 主な活動内容  （〇をつけてください） |  | 地域での活動支援（認知症カフェ、ボランテイア活動等） | | |
|  | 認知症の人やその家族の個別支援 | | |
|  | 地域での啓発活動（認知症月間、認知症キャラバン活動等） | | |
| 同意欄 | こうか市チームオレンジの登録を申請するにあたり、下記事項に同意します。  　　□チームオレンジ事業の目的を十分に理解しました。  　　□市が活動状況を把握するためのアンケートへの回答及び写真の提供に協力します。  　　□活動中及び活動を終了した後に、活動において知り得た個人情報を他人に知らせたり、不当な目的のために使用したりせず、秘密を厳守します。  　　□営利、宗教、政治活動その他事業目的達成に反する行為は行いません。  代表者署名 | | | |