

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 / ボランティア団体 / 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 (○をつけてください)	地域での活動支援（認知症カフェ、ボランティア活動等）	
	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	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> チームオレンジ事業の目的を十分に理解しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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など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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>代表者署名 _____</p>	