

チームオレンジおおぶ登録申請書

年 月 日

大府市長 殿

チームオレンジおおぶ登録事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり登録申請します。

申請団体等	フリガナ			
	名称			
	住所			
	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/福祉事業所/学校/民間企業/その他（ ）		
	代表者		連絡先	
チーム名称 (申請団体と異なる場合)		設置日	年 月 日	
主な活動場所				
活動頻度・日時		定期		
		不定期		
活動目的 (該当する項目に○、複数可)		本人、家族等の居場所の運営と参加のための支援 ⇒認知症カフェ、本人交流会、常設サロン、その他（ ）		
		認知症の人の就労的活動、社会参加、趣味活動等の支援		
		見守り・生活支援 ⇒見守り活動、話し相手、ゴミ出し支援、その他（ ）		
		地域での認知症の啓発		
		その他 ()		
活動の対象者 (該当項目に○、複数可)	認知症の人 / 若年性認知症の人 / 認知症の疑いの人 / 認知症の人の介護者 / 高齢者一般 / 一般市民（どなたでも） / その他の要件（ ）			
チーム員数	人（うち、認知症の人 人）			
具体的な活動内容 利用料、参加費等				
担当者・問合わせ先	<input type="checkbox"/> 代表者と同じ <input type="checkbox"/> 代表者と異なる フリガナ 氏名：		電話： ファックス： E-mail：	

※添付資料

活動内容（予定含む。）の分かる資料（チラシ・パンフレット・広報誌等）