

チームオレンジ美咲登録申請書

年 月 日

美咲町長 宛

（申請者）

氏名

住所

電話

チームオレンジ美咲実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり登録申請します。なお、活動上知り得た秘密及び個人情報を適切に取り扱うことを誓います。

チームの名称	チームオレンジ美咲（ ）			
チームリーダー	ふりがな 氏名			
	住所	〒		
	電話			
ステップアップ講座受講者	氏名		住所	
	氏名		住所	
主な活動拠点			チーム員	人
活動日時	定期・ 不定期（月 回程度）		設置日	年 月 日
主 な 活 動 内 容 （該当する項目に○、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（認知症の人の見守り、生活支援）		
		地域での認知症の啓発		
		その他（ ）		

※登録内容（チームリーダー、主な活動拠点、活動日時、主な活動内容）に変更があったときは、町へ登録変更届を提出してください。

チームオレンジの活動を中止するときは、登録取消届を提出してください。

ステップアップ講座受講者の指名・住所については、別途任意の様式を添付しても構いません。