年　　　月　　　日

高島市長　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

高島市チームオレンジ登録申請書

高島市チームオレンジとして登録を受けたいので、下記の通り申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| チーム名 |  |
| 代表者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 連絡先 |  |
| 活動場所 |  |
| 活動日時 |  |
| 主な活動内容（該当する項目に〇、複数可） |  | 認知症カフェ、サロン等（本人・家族の居場所支援） |
|  | 認知症の人の趣味活動や社会参加等の支援 |
|  | 見守り活動、話し相手、ゴミ出し等（見守り・生活支援） |
|  | その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| スタッフの養成講座受講状況 | * 認知症サポーター養成講座受講済
* 認知症サポーター養成講座受講予定
* 認知症サポーターステップアップ講座受講済
* 認知症サポーターステップアップ講座受講予定
 |
| その他 |  |