

上尾市チームオレンジ登録申請書

令和 年 月 日

上尾市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

上尾市チームオレンジ事業実施要領の規定により、上尾市チームオレンジの登録を受けたいので、次のとおり申請します。

チームオレンジの 名称(チーム名)				
チーム員数	認知症サポーター	人	合計	人
	認知症ご本人	人		
	認知症介護家族	人		
主な活動拠点 (場所・所在地)				
代表連絡先 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる(連絡先を記載してください▼) 氏名又は名称: 住 所: 電 話:			
目的・コンセプト				
活動内容 (該当全てに✓)	<input type="checkbox"/> 認知症カフェ等の認知症の当事者及びその家族、地域住民、専門職等が気軽に集まることができる場の企画・運営 <input type="checkbox"/> 認知症の当事者及びその家族の思いを傾聴し、メンバーの主体性を重視したサポートの実施(見守り活動、出前支援、外出同行支援、SOSネットワークへの協力等) <input type="checkbox"/> 認知症の当事者及びその家族からの相談に応じた、地域包括支援センター等の専門機関へのつなぎ <input type="checkbox"/> 認知症の対応方法等に関する学習 <input type="checkbox"/> 市や地域包括支援センターが実施する、認知症に関するイベント等への参加 <input type="checkbox"/> メンバー間や関係者間での定期的な情報交換や活動報告 <input type="checkbox"/> その他(記載してください▼) 【			
登録要件の確認 (登録は <u>全てに</u> ✓が必要です)	<input type="checkbox"/> 市民を対象に活動します。 <input type="checkbox"/> メンバーは、認知症サポーターステップアップ研修を受講し、又は受講する予定です。 <input type="checkbox"/> 宗教活動、政治活動及び営業活動は行いません。 <input type="checkbox"/> 認知症の人及びその家族も参加できるように努めます。			
市ホームページへの 掲載	市ホームページに活動団体一覧を掲載します。情報掲載について、いずれかに✓を入れてください。(登録後も申し出により変更できます) <input type="checkbox"/> 掲載を希望する (この申請書に記載の情報を掲載してよい) <input type="checkbox"/> 掲載を希望するが、代表者名や連絡先は記載しないでほしい <input type="checkbox"/> 掲載を希望しない			

記入例

上尾市チームオレンジ登録申請書

令和●年●月●日

上尾市長 あて

申請者 住所 上尾市●●●●●●●●
氏名 ●●●●●●
電話番号 000-0000-0000

上尾市チームオレンジ事業実施要領の規定により、上尾市チームオレンジの登録を受けたいので、次のとおり申請します。

チームオレンジの名称(チーム名)	チームオレンジ●●●●●●●●						
チーム員数	申請時点の人数で構いません		00	人	合計	00	人
	認知症ご本人	00	人				
	認知症介護家族	00	人				
主な活動拠点(場所・所在地)	●●●●●● ・ 上尾市●●●●●●●●						
代表連絡先(該当に✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる(連絡先を記載してください▼) 氏名又は名称: 住所: 電話:						
目的・コンセプト	「認知症についての理解を深めていく学習会などを行う」など						
活動内容(該当全てに✓)	申請時点で予定している活動内容に✓してください						の家族、地域住民、専門職運営
	<input type="checkbox"/> 認知症の当事者及びその家族の思いを傾聴し、メンバーの主体性を重視したサポートの実施(見守り活動、出前支援、外出同行支援、SOSネットワークへの協力等) <input type="checkbox"/> 認知症の当事者及びその家族からの相談に応じた、地域包括支援センター等の専門機関へのつなぎ <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の対応方法等に関する学習 <input type="checkbox"/> 市や地域包括支援センターが実施する、認知症に関するイベント等への参加 <input checked="" type="checkbox"/> メンバー間や関係者間での定期的な情報交換や活動報告 <input type="checkbox"/> その他(記載してください▼)						
登録要件の確認(登録は全てに✓が必ず必要です)	こちらは内容確認の上、すべてに✓を入れてください <input checked="" type="checkbox"/> 市民を対象に活動します。 <input checked="" type="checkbox"/> メンバーは、認知症サポーターステップアップ研修を受講し、又は受講する予定です。 <input checked="" type="checkbox"/> 宗教活動、政治活動及び営業活動は行いません。 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の人及びその家族も参加できるように努めます。						
市ホームページへの掲載	市ホームページに活動団体一覧を掲載します。情報掲載について、いずれかに✓を入れてください。(登録後も申し出により変更できます) <input type="checkbox"/> 掲載を希望する (この申請書に記載の情報を掲載してよい) <input checked="" type="checkbox"/> 掲載を希望するが、代表者名や連絡先は記載しないでほしい <input type="checkbox"/> 掲載を希望しない						