

東京都北区チームオレンジ登録申請書

北区長殿

東京都北区チームオレンジの趣旨に賛同し、実施要綱第4条の規定により次のとおり登録申請致します。

※□には、該当するものに☑をお願い致します。

申請日 年 月 日

チームオレンジの 名称	ふりがな	
主な活動場所	名称	
	住所	
団体・法人の種別	<input type="checkbox"/> 地域住民団体 <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 介護事業所福祉事業所 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 民間企業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
代表者 (リーダー)		
区役所との 連絡窓口	氏名	
	電話番号	
	住所	
	e-mail	
活動頻度・日時	・定期 毎週開催：週_____回_____曜日 毎月開催：第_____曜日 時間：_____時_____分～_____時_____分 ・その他（ ）	
チーム員数 (申請時)	・_____人 ・認知症のある人・家族の参加予定はありますか。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未定	
主な活動内容	<input type="checkbox"/> 認知症であってもなくても、地域の人など誰でも気軽に集まり、地域の支えあいを進める交流・活動の場の設定 <input type="checkbox"/> 認知症であってもなくても、地域の中で自分らしく暮らし続けるためのサポート（見守り、声かけ、話相手、外出支援等） <input type="checkbox"/> その他、認知症であってもなくても地域とつながりながら暮らせる、共生の地域づくりの推進に寄与する取り組み	
連携している高齢者 あんしんセンター	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合（ ）高齢者あんしんセンター	
交付書類の受取方法	<input type="checkbox"/> 電子交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 <input type="checkbox"/> 長寿支援課窓口交付	
同意欄	(以下お読みになり、ご了承いただけましたら、☑をお願いいたします。) <input type="checkbox"/> 北区チームオレンジとしての活動で知り得た秘密及び個人情報について、他に漏らさないことを誓約いたします。また、チームオレンジとしての活動が終了した後も同様とします。 <input type="checkbox"/> 営利、宗教、政治活動、勧誘等の行為は行いません。	

※開催内容に変更があったとき、チームオレンジの活動を終了するときは区への届出が必要です。

1. 区からの認知症に関する情報など（チームオレンジ活動・講演会 など）のお知らせについて

お知らせを希望する

メールでお知らせを受け取る 郵送でお知らせを受け取る

お知らせを希望しない

2. 区が発行する冊子への掲載希望について

掲載を希望する（後日詳しい掲載内容を何用紙をお送りいたします）

メールで用紙を受け取る 郵送で用紙を受け取る

掲載を希望しない

検討中（掲載を希望される場合は長寿支援課までご連絡ください）

連絡先：03-3908-9017