別紙１

年　　月　　日

「えどがわオレンジ協力隊」認定申請書

介護保険課長あて

「えどがわオレンジ協力隊」の趣旨に賛同し、下記のとおり認定を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 協力隊名称 |  | | |
| 種別 | 商店・介護事業所・企業・学校・医療機関・金融機関・交通・保険  町会・自治会・ＮＰＯ・ボランティアグループ・官公庁・組合・団体  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 代表者名 |  | | |
| 所　在　地 | 〒 | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  |
| FAX（任意） | |  |
| E-mail（任意） | | メール配信を　　□希望する　□希望しない |
| ホームページ  アドレス | 協力隊一覧への掲載を　　□希望する　□希望しない | | |
| 行　動　宣　言 | □以下の共同宣言に賛同します。  「私たちは認知症についての知識を生かし、認知症の人の人格を尊重して丁寧に接する事を心がけます。また、助け合いにより安心して暮らせるまちの実現を目指します。」  □以下の宣言をします。  ・  ・  ・ | | |
| ステッカー希望枚数  （複数枚の場合は理由） | | 枚  理由： | |
| サポーター等の人数 | | 人　（申請時） | |
| （区役所処理欄） | | | |