

堺市チームオレンジ登録申込書

年 月 日

堺市長 殿

申込者 住所（所在地）
 名 称
 （代表者氏名）
 電 話 番 号

堺市チームオレンジの登録について、堺市チームオレンジ登録事業実施要綱第 3 条の規定により、次のとおり申し込みます。

チームの名称	
担当者	
活動場所	
活動予定日	曜日 午前・午後 : ~ 午前・午後 :
電話番号	
ファックス番号	
E-mail アドレス	@
取組内容 ※実施する取組にチェックを入れてください。	☐ チームメンバーが気軽に集まることができる交流の場の提供 ☐ 認知症に関する知識、認知症の人に関する理解を深めるための周知活動及び啓発活動 ☐ 認知症の人及びその家族等の思いを傾聴し、主体性を重視した活動のサポート ☐ チームメンバーが気軽に参加できるレクリエーション等の開催 ☐ 認知症の人に対する個別支援活動の実施 ☐ その他（ ）
堺市ホームページへの掲載希望	希望する ・ 希望しない

申込みに当たっては、次の内容を御確認の上、□にチェックを入れてください。

- ☐ 当団体は、営利を目的とした活動を行う団体等に該当しません。
- ☐ 当団体は、宗教的活動又は政治的活動を主たる目的とする団体等に該当しません。
- ☐ 当団体は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第 2 条第 2 号に規定する暴力団に該当しません。
- ☐ チームメンバーの個人又はチームメンバーである法人の役員は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第 2 条第 6 号に規定する暴力団員又は堺市暴力団排除条例第 2 条第 3 号に規定する暴力団密接関係者に該当しません。