

様式1（第7条関係）

函館市チームオレンジ認証申請書

年 月 日

函館市長 様

運営団体
住 所
代表者名

函館市チームオレンジ認証事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり認証を申請します。

1	連 絡 先	担当者氏名	電 話 E-mail
2	チームオレンジ 名 称		
3	主な活動場所		
4	活 動 頻 度	<input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> 定期 週・月・年 回 その他（ ）
5	活 動 内 容		
6	チ ー ム 員 数	人	
7	チーム員の状況	1 ステップアップ講座修了者 人 2 今後のステップアップ講座受講予定者 人 3 認知症の人の参画 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4 職域サポーターの参画 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
8	添 付 書 類	1 周知用のちらしまたはポスター 2 規約など運営団体の基本情報がわかるもの	
9	協力等事業者 (予 定)		
10	備 考		

- (1) 2～5は市ホームページなどの公開の対象になります。
- (2) 枠内に記載が難しい場合は、別紙資料参照とし資料添付で提出してください。
- (3) 運営団体および1～6に変更する場合は、函館市チームオレンジ変更届（様式3）を提出してください。