認知症オレンジパートナーネットワークウェブサイト

認知症の方の活動場所紹介・参加募集情報の掲載申請フォーム

○　認知症の方の活動場所（若年性認知症の方向けの活動場所も含みます。以下同じ。）について紹介し、また、参加する認知症の方を募集する情報の掲載を希望する団体は、本フォームにご入力のうえ、ご申請ください。

○　必要に応じて、内容確認のための連絡をさせていただくことがあります。

○　なお、ご登録いただいた団体の役員等に、暴力団関係者がいないことを確認するため、別添「役員氏名一覧表」を御提出いただくとともに、神奈川県警察本部に照会させていただきます。

○　ウェブサイトを通しての認知症ご本人の参加状況について、後日問合せさせていただきますのでご了承ください。

■団体名（必須）

|  |
| --- |
|  |

■所在地（必須）

|  |
| --- |
| 〒 |

■電話番号（必須）※申込みや問合せを受ける担当者につながる番号

|  |
| --- |
|  |

■ファクシミリ

|  |
| --- |
|  |

■メールアドレス（必須）※申込みや問合せを受ける担当者につながるメールアドレス

※県の施策や認知症に関する情報等をお送りすることがあります。

|  |
| --- |
|  |

■代表者名（必須）

|  |
| --- |
|  |

■代表者名（ふりがな）（必須）

|  |
| --- |
|  |

■担当者名（必須）※申込みや問合せを受ける方

|  |
| --- |
|  |

■担当者名（ふりがな）（必須）

|  |
| --- |
|  |

■ホームページのURL

|  |
| --- |
|  |

■活動内容等（必須）

・活動概要

|  |
| --- |
|  |

・参加要件等（例：○○市在住者歓迎、若年性認知症の方に限るなど）

|  |
| --- |
|  |

・活動場所

|  |
| --- |
| 〒 |

・開催日時

|  |
| --- |
|  |

・掲載希望期間（例：令和５年４月１日～令和５年４月30日、特になし）

|  |
| --- |
|  |

・活動内容詳細、その他自由記載

|  |
| --- |
|  |

■提供写真及びチラシ、PDF等の有無について（必須）

[ ] 　あり

※頂いた写真及びチラシ等のデータは、ウェブサイト上で公開させていただくので、許諾を得たものを提供願います。

※写真データはメールに添付してご提出ください。

[ ] 　なし

■過去に申請したことがある団体はチェックを入れてください。　　[ ]