

瀬戸内市ひとり歩き高齢者見守り協力体制協力団体登録票

年 月 日

瀬戸内市長様

本事業の趣旨に賛同し、知り得た個人情報を高齢者の見守り以外の目的で利用しないことを承諾し、下記のとおり協力団体として届け出ます。

(フリガナ) 事業所名	
(フリガナ) 代表者氏名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者氏名	
営業時間	
定休日	
その他	
協力内容	<p>協力できる内容に○をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 検索情報メールが配信された場合、発見活動に協力します。</li> <li>2 認知症の人に対して優しい気持ちで接します。</li> <li>3 道に迷った人がいたら優しく声をかけます。</li> <li>4 認知症の人が来られたら、お手伝いします。</li> <li>5 団体員や社員に対して認知症の説明会をします。</li> <li>6 認知症サポーター養成講座を受けます。</li> <li>7 近隣に認知症の人がいたら、見守りに協力します。</li> </ol>
市ホームページ	掲載 可 ・ 不可
広報用チラシ	掲載 可 ・ 不可