

# あわら市安心生活ネットワーク事業協力事業者申請書

年 月 日

あわら市長 へ

本事業の趣旨に賛同し、知り得た個人情報を保護するとともに営利活動に活用しないことを承諾し、下記の通り関係機関として届け出ます。

|         |   |
|---------|---|
| (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   | 所属 氏名   |
| 営業時間    |   |
| 定休日     |   |
| その他     |   |
| 協力内容    | <ol style="list-style-type: none"><li>1 認知症の人に対して優しい気持ちで接します。</li><li>2 道に迷った人がいたら優しく声をかけます。</li><li>3 認知症の人が来られたら、お手伝いします。</li><li>4 所属員に対して認知症の説明会を開催します。</li><li>5 認知症サポーターの養成講座を受けます。</li><li>6 近隣に認知症の人がいたら、見守りに協力します。</li><li>7 その他可能な範囲で協力します。</li></ol> |