

桐生市認知症高齢者等見守り SOS ネットワーク協力団体登録票

年 月 日

(宛先) 桐 生 市 長

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等に活用しないことを承諾し、下記のとお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	
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">1 認知症の人に対して優しい気持ちで接します。2 道に迷った人がいたら優しく声をかけます。3 認知症の人が来られたら、お手伝いします。4 団体員や社員に対して認知症の説明会をします。5 認知症サポーター養成講座を受けます。6 近隣に認知症の人がいたら、見守りに協力します。7 認知症についての相談があれば専門機関や相談機関を紹介します。8 その他可能な限りで協力します。
市ホームページ	掲 載 可 ・ 不可