様式第６号（第５条関係）

紀北町高齢者等SOSネットワーク事業 協力団体変更届出書

　　　年　　月　　日

　紀北町長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

法人又は事業所名：

代表者名：

㊞

担当者名：

紀北町高齢者等SOSネットワーク事業に協力団体登録している内容に変更がありましたので、次の通り届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 住所 |  |  |
| 法人または事業所名 |  |  |
| 代表者 |  |  |
| 担当者 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| ＦＡＸ番号 |  |  |
| メールアドレス |  |  |

普段からご協力いただける内容（ご協力いただけるものに〇をつけてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 認知症の人などに対して優しい気持ちで接する |  | 道に迷った人がいたら優しく声をかける |
|  | 認知症の方が来られたらお手伝いをする |  | 職員に対して認知症の勉強会を開催する |
|  | 認知症の研修会等に参加します |  | 認知症の相談窓口を開設する |
|  | 近隣の認知症の方に対する見守りに協力する |  | 認知症に関する相談に対し相談機関を紹介する |
|  | 地域の方を対象とした認知症等の勉強会に講師として参加する |
|  | その他可能な範囲で協力します（協力内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |