かしわオレンジＳＯＳネットワーク協力事業所

意向確認書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　柏市長　宛て

　柏市の認知症にやさしいまちづくりに賛同し，かしわオレンジＳＯＳネットワークに参画します。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体  情報 | 法 人 名：  事業所名：  代表者名： |
| 担当者：職名  　　　　氏名 |
| 住所　〒  電話　　　　　　　　　　FAX |
| 情報提供先 | ＦＡＸ番号：  ※ＦＡＸ送信による情報提供となります。 |
| 認知症ｻﾎﾟｰﾀｰ養成講座 | □　受講済（　　月　　日 場所：　　　　　 　　　）  □　希望する⇒後日担当より連絡させていただきます。  □　希望しない |

かしわオレンジＳＯＳネットワークに御協力いただける場合は，枠内に必要事項を記載後，柏市地域包括支援課宛てにファックス送信するか，または，担当地域包括支援センターに御提出ください。後ほど担当より御連絡いたします。

　地域包括支援課　電　話：０４－７１６７－２３１８

　　　　　　　　　ＦＡＸ：０４－７１６７－８３８１