

担当	次長	課長補佐	課長	副局長	副局長	事務局長

福山市認知症ひとり歩きSOSネットワーク

No. _____

協力団体登録書（ 新規 変更 ）

年（令和 年） 月 日

福山市社会福祉協議会 会長 様

登録 団体 情報	ふりがな					
	団体名	印				
	ふりがな					
	代表者名					
	ふりがな					
	担当者名					
	所在地	_____ 県 _____ 市 _____ 町 _____				
	連絡先	電話	—	—		
FAX		—	—			
ステッカー	大（長四角）	枚渡	小（丸）	枚渡		

つぎの事項に同意のうえ上記の登録をします。

- 1 日常的な関わりの中でさりげない見守り支援を行い、福山市認知症ひとり歩きSOSネットワークの情報発信を受けて、可能な範囲で搜索協力を行います。
- 2 協力の状況を社協広報誌等へ掲載することを承諾します。
- 3 団体加入者等に福山市メール配信サービスへの登録協力を呼びかけます。
- 4 認知症の理解を深めるため福山市社会福祉協議会主催の研修会へ積極的に参加します。