

令和6年度 オレンジパートナー育成研修申込書兼同意書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	年 月 日
包括	金沢市地域包括支援センター（ ）		
住所	〒 ー 金沢市		
電話番号			
主 な 活 動 （当てはまる番号すべてに○）			
1 民生委員児童委員 2 まちぐるみ福祉活動委員 3 町会 4 ボランティア団体 5 その他（例：オレンジカフェ ）			
認知症サポーター養成講座の受講履歴（当てはまる番号に○）			
1 受講済（H・R 年 月 受講団体名 例：〇〇町会） 2 未受講 3 不明 ※2、3に丸をつけられた方は、個人向け認知症サポーター養成講座のご案内を送付させていただきます。			

令和 年 月 日

（あて先）金沢市福祉健康局福祉政策課長

オレンジパートナー登録情報の提供に関する同意書

私は、オレンジパートナーの活動のため、金沢市への登録情報（氏名、住所、電話番号）を地区社会福祉協議会、地区民生委員児童委員協議会及び金沢市地域包括支援センターへ提供することに同意します。

住 所： _____

氏 名： _____ 印

（自署の場合、押印不要）

【提出先】金沢市福祉政策課 TEL：076-220-2288