

宇治市認知症アクションアライアンス “れもねいど” 加盟登録申請書

年 月 日

宇治市長 宛て

申請者

所在地

事業者名

代表者

役職・氏名

⑩

私は、宇治市認知症アクションアライアンス “れもねいど” の趣旨に賛同し、認知症に対する正しい理解をもった思いやりのある対応を行う事業者として、下記のとおり加盟登録を申請します。

記

■ “れもねいど” の取組みの確認

取組み内容		確認 (☑してください)	
I 正しい理解:	認知症の正しい理解と高齢者への接遇向上のため、『認知症あんしんサポーター養成講座』を受講いただけますか。	<input type="checkbox"/> はい 受講 (済・未)	<input type="checkbox"/> いいえ
II 見守る:	高齢者の異変に気づいた場合、市又は地域包括支援センターへ連絡・相談いただけますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	認知症等による高齢者の行方不明の発生時に対象者の発見に協力いただけますか。(宇治市 SOS ネットワークへの任意協力)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
III 行動する:	認知症の人やその家族の視点に立った自発的な活動を実施いただけますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

■ 加盟登録をする事業者の情報

事業者情報	事業者名 (法人名)				
	代表者	(代表職名)	(氏名)		
	所在地	〒			
	URL	http://			
	業務エリア				
	業種				
担当者情報	担当者	(所属)	(職名・氏名)		
	所在地	〒			
	連絡先	電話番号		FAX	
		E-Mail	※行方不明高齢者の発見協力依頼の連絡先として使用します。		
市及びれもねいど事務局が作成する広報誌・ホームページ・SNS 等に情報を掲載してよろしいですか (担当者情報を除く)。		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			

■店舗・営業所等の情報

(No.)

店 舗 名		
店舗所在地	〒	
店舗代表者	(所属)	(職名・氏名)
連 絡 先	電話番号	
	FAX	
	E-Mail	
業 務 内 容		

(No.)

店 舗 名		
店舗所在地	〒	
店舗代表者	(所属)	(職名・氏名)
連 絡 先	電話番号	
	FAX	
	E-Mail	
業 務 内 容		

(No.)

店 舗 名		
店舗所在地	〒	
店舗代表者	(所属)	(職名・氏名)
連 絡 先	電話番号	
	FAX	
	E-Mail	
業 務 内 容		

■れもねいどサービス（アクション）計画書

認知症の人やその家族（介護者）の利便性を向上させ、安心につながる工夫や活動で、実施事業所にとっても利益となり、継続実施が可能なサービスについて記入してください。

※ 新規・既存、ハード・ソフト、直接的・間接的を問いません。

① 実施店舗・事業所等	
② 対象となる人 (例：来店者、宅配利用者など)	
③ 実施場所 (例：店舗内・利用者宅など)	
④ 実施の始期 (時限的な場合は、終期も)	年 月 日 から
⑤ 実施目的 (例：職員の接遇向上のため)	
⑥ 実施内容・方法 (例：チラシ配架の協力・事業の際の場所・駐車場貸し) ※別紙の添付可	
⑦ 備考	

見守りに関する個人情報に関する誓約書

宇治市認知症アクションアライアンス“れもねいど”の取り組みにおける見守りに関する個人情報の取扱いについて次のとおり誓約します。

1. 見守り活動を通して得た情報については、その目的以外には使用しません。
2. 見守り活動をとおして得た情報については、厳重に取り扱います。
3. 見守り活動をとおして得た情報を不正に使用又は提供することのないよう十分に注意します。
4. 必要のなくなった情報については、責任を持って速やかに破棄します。

年 月 日

事業者名

代表者
役職・氏名

Ⓔ