年　　月　　日

**事　業　所　等　概　要　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ団体名 |  | 設立年月日 |
| 事業所等名 |  | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 活動目的設立経緯 |  |
| 所在地等 | 〒　　習志野市 |
| 電話： | FAX： |
| ホームページ： |
| フリガナ代表者名 |  | 住所 |
| 代表者名 |  |  |
| 構成員（別に名簿があれば貼付） | 専門職の数　　　　　（　　　　　　　　人）　キャラバン・メイト、認知症サポーター、認知症の人と家族の会の会員等の数　　　（　　　　　　　　人） |
|  | 氏名 | 資格等 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| ６ |  |  |
| ７ |  |  |
| ８ |  |  |
| 活動実績 |  |

※　これまでの活動実績のわかる資料があれば添付してください。
（添付資料の内容によっては記載を省略いただいて結構です。）

※　組織の運営に関する定め（定款、規約、会則等）がある場合は添付してください。

※　別に会員名簿等があれば添付してください。表面の構成員の欄は未記入で結構です。記入欄が足りないときは恐れ入りますが不足分を別紙（任意）に記入し提出してください。