（様式１）

令和　　年　　月　　日

大阪アディクションセンター事務局　様

（大阪府こころの健康総合センター）

機関・団体名

所在地

代表者名 　　　　　　　 印

大阪アディクションセンター加盟申出書

大阪アディクションセンターの趣旨・目的に賛同し、下記のとおり加盟を申し出ます。

加盟後は、規約等を遵守し、誠実に運営に寄与します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ＯＡＣ担当者　役職・職種・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mailアドレス（ＯＡＣメーリング　リストに登録されます） |  |
| 加盟機関・団体の活動（記載いただいた内容の一部（別紙の【※】を除く）は、「大阪アディクションセンター加盟機関・団体活動状況冊子」に掲載され、加盟機関・団体及び依存症の支援に携わる方に公開されます） | 別紙のとおり |

令和　　年　月　日現在

（別紙）紙）

**加盟機関・団体の活動状況**

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **記載内容** |
| **１　基本事項** | 機関・団体名称 |  |
| 機関・団体の設立年月日【※】 | 　　　年　　月　　日 |
| 機関・団体の種類 | ①　医療機関（診療科目　　　　） ②　行政機関（国）③　行政機関（地方公共団体）④　回復施設　 ⑤　民間支援団体　⑥　自助グループ　 ⑦　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 郵便番号（〒　　　－　　　　）大阪府 |
| 連絡先（代表番号） | 　　　（　　　） |
| ホームページ（大阪府のホームページからリンクを張ってもいいＵＲＬを記載） | http:// |
| 対象者（依存症に限らず、どのような方を機関・団体として対象としているのかを記載） |  |
| 機関・団体の概要（どのような機関・団体かを記載） |  |
| ○依存症の本人及び家族等からの相談や治療に直接対応している機関・団体は、従事者の人数及びその内訳（職種など）【※】○直接支援をしてない団体等の場合は、会員数やその内訳（職種など）【※】 |  |
| **２　依存症に関する事項** | 対応している依存症の種類 | ①アルコール　②薬物　③ギャンブル　④処方薬⑤ネット、スマホ　⑥その他（　　　　　　　　　） |
| 依存症に関する取組の特徴、アピールポイント |  |
| 診療・相談支援・活動の詳細（依存症の本人・家族等に提供したり、活動している内容等について記載。予約が必要なものがあれば、その旨記載） |  |
| **２　依存症に関する事項** | 費用が発生する相談・利用等の内容とその金額（全て記載） |  |
| 支援の実績（直近１年間に、どのような依存症の本人や家族等を何名支援したのか記載）【※】 |  |
| 支援にあたって連携している機関や団体名（ＯＡＣ加盟機関・団体以外でも記載可。なお、記載された機関・団体に事務局から連携の実績を確認する場合あり。）【※】 |  |
| **３　連携に関する項目** | ○機関・団体の活動内容に関する問合せ先○連携して支援する際の連絡先（部署、事務所や担当者名も記載） | ○機関・団体の活動内容に関する問合せ先（担当者名も）○連携して支援する際の連絡先（担当者名も） |
| 連携して支援する際の留意点（事前におさえておいてほしいポイント、守ってほしいこと等を記載） |  |
| **４　加盟機関・団体の推薦（任意）** | 連携しているＯＡＣ加盟機関・団体のからの推薦（推薦が得られる場合のみ記入）【※】 | （意見）機関・団体名：記入者氏名： |