様式第１号（第５条関係）

井原市認知症サポート事業所登録申請書

年　　月　　日

井原市長　様

所在地

事業所名

代表者職・氏名

井原市認知症サポート事業所として登録するため、井原市認知症サポート事業所登録事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 業種 |  | | |
| 営業日・営業時間 |  | | |
| 代表者　職・氏名 |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  | | |
| 認知症サポーター  養成講座受講状況 | □　事業主又は管理者が受講している  □　従業員が受講している（　　　人） | | |
| 取組内容 | □　認知症の人にやさしい事業所づくり  □　認知症の人にやさしい接客・サービス  □　認知症に関する普及・啓発  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 市ホームページ等  への掲載希望 | □　希望する  □　希望しない | | |

　【添付書類】　認知症サポーター養成講座の受講修了が確認できる書類の写し