様式第１号（第３条関係）

（表）

刈谷市認知症サポート事業所登録申請書

　　　年　　　月　　　日

刈谷市長

申請者　　事業所等の名称

代表者名

　刈谷市認知症サポート事業所の登録を受けたいので次のとおり申請します。

　なお、登録後は認知症サポート事業所として事業所等の名称が公表されることについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所・団体名 |  |
| 業種 | □金融業、保険業　　□飲食業　　□医療・介護・福祉業  □生活関連サービス業　　□公共サービス業  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地  （ステッカー郵送先） |  |
| 営業日・時間帯 |  |
| 連絡先 | （電話番号）  （担当者氏名） |
| ＰＲ | 認知症に関する取り組み等があればご記入ください。 |
| 誓約事項 | 次の事項を確認しました。  代表者、従業員等が暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。 |

（裏）

事業所等の認知症サポーター養成講座の受講者一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 受講日 | 受講した従業員名 |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |