様式第１号（第３条関係）

「認知症の人にもやさしい事業所」認定申込書

　　　年　　月　　日

　三次市長　様

（申込者）所在地：

事業所名：

代表者名：

　　　（法人にあたっては主たる事務所の所在地名称及び

代表者名）

担当者職　：

担当者氏名：

電話番号　：

FAX番号　 ：

　「認知症の人にもやさしい事業所」の趣旨に賛同し，三次市「認知症の人にもやさしい事業所」認定事業実施要綱第３条第１項の規定により，次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる業種 | 　　　　　　 |
| ふりがな名　　称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所　　在 | 〒　　　- |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| Ｅ-mail |  |
| 利用時間 |  |
| サポーター養成講座の受講状況 | 事業所人数 | サポーター養成講座受講済人数 |
| 　　　　　　　　　　　　　　人 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |

※認定には，事業所人数の半数以上の受講が必要です。

※申込内容に変更がある場合は，（変更・廃止）届（様式第３号）を提出してください。

※支店等がある場合は，支店毎に申請が必要です。

※認定ステッカーは事業所の商品やサービスに資格や保証を与えるものではありません。

※認定された場合には，その旨を市ホームページに掲載します。