

むつ市認知症サポート事業所認定更新申請書

年 月 日

むつ市長 様

所在地

名称

代表者の職及び氏名

㊞

むつ市認知症サポート事業所認定事業実施要綱第6条の規定により申請します。

事業所名	フリガナ
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	
ホームページアドレス	
担当者	(所属) (氏名)
認知症サポーター 養成講座受講状況	受講日 年 月 日 従業員数 人 うち認知症サポーター養成講座修了者 人
ステッカー交付枚数	複数箇所に掲示する場合は、必要な枚数を記入してください。 枚
市ホームページへの 掲載	<input type="checkbox"/> 掲載を希望する <input type="checkbox"/> 掲載を希望しない
認知症サポート事業所としてのPRがありましたら、記入してください。	