

むつ市認知症サポート事業所認定申請書

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4条第1項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。 | |