第１号様式

中区認知症サポーター企業等認証申請書

（兼事業所情報公開承諾書）

　年 　月　 日

中区高齢・障害支援課長

郵便番号 　　　―

申請者 住 所

(所在地)

企業等名

代表者氏名

電話番号

次のとおり「中区認知症サポーター企業等」の認証を受けたいので、申請致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認証を希望する事業所 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒２３１－  横浜市中区 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| ＵＲＬ |  |
| 担当者 |  |
| 担当者 Ｅメール |  |
| 養成講座受講者 | （　　　　　　　　　　　　　　　）他、計（　　　）名 |
| 事 業 所 情 報 公 開 等 | 公開可能な情報（可能な項目へ　☑ をお付け下さい）  　□名称・□所在地・□電話番号・□ＦＡＸ番号・□事業所のＵＲＬ  認知症に関する中区からの情報提供について協力できそうなこと  　□リーフレットや講演会等のちらしの配架や掲示  　□店舗等でDVDの上映  　□認知症カフェや認知症サポーター養成講座などの会場として会議室やスペー  スを開放  　□区主催の講演会や研修等に従業員を参加させる | |

中区認知症サポーター企業変更（廃止・取下げ・事業所情報変更）届

（兼事業所情報公開承諾書）

　年　 月　 日

中区高齢・障害支援課長

郵便番号 　　　―

申請者 住 所

(所在地)

企業等名

代表者氏名

電話番号

担当者

　　中区認知症サポーター企業等として申請・登録している事業所について、以下の変更が生じましたので、届け出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 変 更 事 項 | 希望する変更内容  □廃止（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □取下（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  事業所情報（変更後の内容）  　□企業等名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □所在地（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □FAX番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □URL（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  □担当者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □担当者e-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □養成講座受講者（　　　　　　　　　　　　）他（　　　）名 |