

「認知症サポーター養成協力事業所」登録申込書

令和 年 月 日

徳島県保健福祉部
長寿いきがい課長 殿

(申込者) 住 所
事業所名
代表者職・氏名

「徳島県認知症サポーター養成協力事業所」登録事業の趣旨に賛同し、「協力事業所」
として登録を申し込みます。

なお、「協力事業所」として登録された場合、取組内容の公表について承諾します。

事業所名		
業 種		
所 在 地		
取 組 内 容		(ホームページ等で PR できる取組があれば具体的に記載してください。)
従 業 員 数		
認知症サポーター数		名 (年 月 日講座開催)
キャラバン・メイト数		名 (メイト氏名：)
担当者職・氏名		
連絡先	電 話	
	ファクシミリ	
	メール	