

## 「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 种        |                                      |  |
| 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  | ( 年 月 日 講座開催 )<br>名                  |  |
| キャラバン・メイト数 | (メイト氏名 : )<br>名                      |  |
| 担当者職・氏名    |                                      |  |
| 連絡先        | 電 話                                  |  |
|            | ファクシミリ                               |  |
|            | メ ール                                 |  |