

「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	(年 月 日講座開催) 名	
キャラバン・メイト数	(メイト氏名:) 名	
担当者職・氏名		
連絡先	電 話	
	ファクシミリ	
	メール	