第１号様式

南九州市認知症サポート事業所登録申請書

年　　月　　日

南九州市長宛て

（申請者）事業所名

職　　名

代表者名

南九州市認知症サポート事業所登録制度実施要領に基づき，下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ホームページ等公表内容 | 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | （電　話）（ＦＡＸ） |
| 認知症サポーター養成講座受講年月日 |  　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 所属人数及び受講者数 | 【所属人数】　　　　　　　　　　　　　　　人 | 【受講者数または認知症サポーター人数】　　　　　　人　　　　　　　　　　　　　 |
| 登録ステッカー希望枚数※原則最大３枚まで | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　枚 |
| 担当者 | （氏　名） | （連絡先） |

※市役所処理欄

上記のとおり相違ありませんので，認知症サポート事業所として名簿へ登録し，市ホームページへの記載及び登録ステッカーを交付してよろしいかお伺いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 分類記号 | ・　　　　・ | 保存期間 | 常用 | 収受印 |
| 課長 | 係長 | 係 | 起案年月日 | 　　年　　　月　　　日 |  |
|  |  |  | 決済年月日 | 　年　　　月　　　日 |
| ＨＰ掲載年月日 | 　年　　　月　　　日 |