

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) (F A X)		
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	收受印
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	