様式１

認知症サポート事業所登録申請書

令和　　年　　月　　日

山梨県福祉保健部健康長寿推進課長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （申込者）住　　　所 | 〒 |  |
|  |
| 事業所名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |  |

「認知症サポート事業所」推進事業の趣旨に賛同し登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名\*１ |  |
| 所在地 | 〒 |
| 認知症サポーター数\*2 |  | 従業員数 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| メール |  |
| 返送先住所 | □申込者住所　□事業所所在地　□その他（下欄に記入） |
| 〒 |
| HPアドレス |  |
| 認知症サポート事業所としての取組（例）認知症の方やご家族を温かく見守り、やさしく声をかけお手伝いします。　認知症SOS見守りネットワークに登録し、捜索に協力します。 |
|  |
| 事業所名・所在地及び電話番号・ＨＰアドレス、取組について山梨県ホームページに掲載することへの同意 | **□同意しました** |

※１企業で一括して申し込む場合は、別に事業所名・所在地・電話番号・サポーター数を添付すること(様式自由)

※２専門職向け認知症対応力向上研修、認知症介護指導者養成研修等の研修修了者もサポーターとみなします