様式第１号（第５条関係）

認知症サポート店認証申請書

年　　　月　　　日

行田市長

申請者　住　　　　所

　　　　企業・団体名

　　　　代表者名

　　　　電話番号

　次のとおり、行田市認知症サポート店の認証を受けたいので、申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗等名 |  |
| 店舗等所在地 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 第４条第１項第３号の  取組内容（予定含む。） |  |
| 第４条第１項第４号の  取組内容（予定含む。） |  |
| 従業員数 | 人 |
| 従業員のうち  認知症サポーター数 | 人 |

　　□　上記申請内容を認証後に市が情報として発信することに同意します。

　　　　（同意する場合は、□に✓を入れてください）

備考　１　２以上の店舗等がある場合は、当該店舗等ごとに提出してください。

　　　２　第４条第１項第４号の取組内容については、該当する場合のみ記載してください。

　　　３　別紙の認知症サポーター名簿を作成し、併せて提出してください。

（別紙）

店舗等名

認知症サポーター名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 住　所 | 認知症サポーター養成講座  修了年月日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |