年　　月　　日

習 志 野 市 長　宛て

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） | 事業所等名 |
|  | 代表者名　　　　　　　　　　　　 |

**習志野市認知症サポート事業所登録申請書**

習志野市認知症サポート事業所・ならしのオレンジテラス登録事業実施要領第４条の規定により、下記のとおり申請します。

　なお、同要領第２条第２項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

**（太枠内の内容は実施要領第５条第２項及び第３項の規定により名簿に登録し、公表します。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所等名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電　話 | ＦＡＸ |
| Ｅ-mail |
| ホームページアドレス |  |
| Ｐ Ｒ |  |
| 認知症サポーター養成講座受講の有無 | 　　　　　　有　　・　　　無 |
| 所属人数及び | 【所属人数】　人　　　　　　　　　　　　　　 | 【認知症サポーター数】　人　　　　　　　　　　　　　　 |
| サポーター数 |  | うち、オレンジリング未所持者数人　 |
| 担当者 | 【氏名】 | 【連絡先】 |
| **登録ステッカーの発行は、原則として１枚です。** |  |