第１号様式

中区認知症サポーター企業等認証申請書

（兼事業所情報公開承諾書）

　年 　月　 日

中区高齢・障害支援課長

申請者 住 所

(所在地)

企業等名

代表者氏名

次のとおり「中区認知症サポーター企業等」の認証を受けたいので、申請致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認証を希望する事業所 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒２３１－  横浜市中区 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 業種 | □金融・保険　　　□郵便・運輸　　　□卸売・小売  □情報通信　　　　□不動産・建設　　□宿泊・飲食  □生活関連サービス（理美容、浴場等）□教育・学習支援  □医療・福祉　□専門・技術サービス（法律、コンサル等）  □サービス業　□その他（　　　　　　　） |
| ＵＲＬ |  |
| 担当者 |  |
| 担当者 Ｅメール |  |
| 養成講座受講者 | （　　　　　　　　　　　　　　　）他、計（　　　）名 |
| 事 業 所 情 報 公 開 等 | 公開可能な情報（可能な項目へ　☑ をお付け下さい）  　□名称・□所在地・□電話番号・□ＦＡＸ番号・□事業所のＵＲＬ  認知症に関する中区からの情報提供について協力できそうなこと  　□リーフレットや講演会等のちらしの配架や掲示  　□店舗等でDVDの上映  　□認知症カフェや認知症サポーター養成講座などの会場として会議室やスペー  スを開放  　□区主催の講演会や研修等に従業員を参加させる | |