様式第１号（第３条関係）

下田市認知症サポーターのいるお店登録申請書

　　年　　月　　日

下田市長　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

次のとおり、下田市認知症サポーターのいるお店の登録を受けたいので申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）事業所の名称 |  |
| 所在地 | 〒　 |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 認知症サポーター養成講座開催等状況 | ・お店開催　　　　　　　　年　　月　　日・個別受講　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 従業員等人数 | 人 |
| 認知症サポーター数 | 人 |
| 主たる業種 |  |
| 備　考 |  |

　　　※登録店は、下田市ホームページにお店名、所在地を掲載します。