（様式第１号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

とよなか認知症パートナー事業所登録申込書

豊中市長あて

申請者　　事業所名

代表者名

　「とよなか認知症パートナー事業所」の登録を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | （　　　　　　支店） |
| 業種 | □スーパー・コンビニエンスストア　　□ドラッグストア  □飲食業　　□金融・保険　　□宅配・配送  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地  （ステッカー郵送先） | 〒　　　　－  豊中市 |
| 連絡先 | （部署名）  （担当者名）  （電話番号）  （メールアドレス） |
| 市ホームページ掲載の営業時間連絡先等 | （営業日・時間）  （休業日）  （電話番号）  （事業所のホームページ・SNS等） |
| 認知症の人にやさしい取組等のＰＲ | 市ホームページに掲載する「認知症にやさしい取組」などPRしたい内容を300文字以内でご記入ください。（市ホームページに掲載します） |
| 過去３年以内に  認知症サポーター養成講座受講修了者数 | 年　　　　月　　　　日　現在    　　　　　　　　　　　　人 |
| 認知症サポーター養成講座受講計画 | 受講予定：　　　　　年　　　　月　　　　　　　　人  　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　　　　　人    　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　　　　　人 |