いしかわ認知症ハートフルサポート企業・団体 認定申請書

令和　　年　　月　　日

石川県知事　　　　　　　　　　　　様

申請者　所　在　地：

名　　　称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者役職・氏名：

いしかわ認知症ハートフルサポート企業・団体認定制度実施要綱第４条の規定により、下記の

とおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体名（事業所名） | （ふりかな） |
|  |
| 事業所の所在地 | （〒　　　- ） |
| 業種 |  | 従業員・職員数 | 　　　　　　　　　名 |
| HPアドレス |  |
| 担当者連絡先 | 部署・役職 |  | 電話 |  |
| 氏名 |  | メールアドレス |  |
| 認定要件※１、２ともご記入ください | １．いしかわ認知症ハートフルサポート宣言（必須）※宣言内容をご記入ください。 |
| （例）事業所一丸となって、認知症を理解し、認知症の方に優しい企業・団体であることを宣言します。 |
| ２．取り組み(以下のうち１つ以上) ※取り組みの内容をチェックの上、ご記入ください。 |
| [ ]  認知症サポーター養成講座の受講及び事業所内での共有・認知症サポーター養成講座受講者数（　　　　　　　名）　 ・事業所内共有日（　　　年　　　月　　　日）[ ]  地域見守りネットワーク、県内市町における徘徊・見守りSOSネットワークへの参画など、認定企業・団体の特性に応じた取り組み（具体的に記載） |
| 認定名簿に記載する企業・団体名 | ※上記、企業・団体名（事業所名）と同一であれば記載は不要です。 |
| 備考 |  |

※認定を申請する事業所単位でご記入ください。（同一法人で複数の事業所を申請いただく場合も、事業所ごとにご記入ください。）