様式第１号（第５条関係）

錦江町認知症フレンドリー事業所登録申請書

　　年　　月　　日

　錦江町長　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （申込者） | 〒 |  |
| 住所 |  |  |
| 事業所名 |  |  |
| 代表者職・氏名 |  |  |

　錦江町認知症フレンドリー事業所推進事業の趣旨に賛同し登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒錦江町 |
| 担当者職・氏名 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| メール |  |
| 送付先住所 | □申込者住所　□事業所所在地　□その他（下欄に記入） |
| 〒 |
| HPアドレス |  |
| 認知症フレンドリーパートナー養成講座の代表者の受講の有無及び受講者数 | 代表者の受講 | □有　・□無 | 従業員数 |  |
| 受講者数 |  |
| 高齢者等の行方不明者が発生時の早期発見への協力事項（例）錦江町徘徊高齢者ＳＯＳネットワークに登録し、捜索に協力します。 |
|  |
| 認知症フレンドリー事業所としての取組（例）レジに「スローレーン」を設置します。認知症の方やご家族を温かく見守り、やさしく声をかけ、お手伝いします。認知症などで自信が持てない方も、有償・無償ボランティアとして積極的に受け入れます。 |
|  |
| 事業所名・所在地及び電話番号・HPアドレス、各取組について錦江町ホームページに掲載することへの同意 | **□同意しました** |