

# 認知症サポーターステッカー申込書

次の通り「認知症サポーターステッカー」を申し込みます すべての項目を必ずご記入ください

企業名・事業所名	
住所	〒 〇〇〇 〇〇 〇〇 町 佐世保市 〇〇 町
電話番号	(固定電話) ( ) (携帯電話) ( )
業種	小売店・飲食店・薬局・理美容店・金融機関 その他 ( )
希望枚数	枚 (原則1事業所1枚とします)
PR 認知症の方にどんな配慮が できそうですか？	(記載例)・〇〇の操作方法を優しくお教えします。 ・配達の際に安否確認のお声掛けをします。 など
ホームページ等の掲載に ついて	ステッカーをお持ちの企業さま等を「認知症の方に優しい店・企業」としてホームページ等でご紹介したいと思っております。 掲載希望の有無に、〇をお付けください。  ホームページ等へ 掲載する ・ 掲載しない  【掲載する媒体】 ① 社会資源情報 (地域包括支援センター作成) ② 佐世保市のホームページ ③ 福祉活動プラザのホームページ 【掲載する内容】 企業名・事業所名、住所、業種、PR

認知症サポーター養成講座 受講日時	年 月 日 ( ) 受講
受付日	年 月 日 ( ) 受付

受付担当名 ( )