

年 月 日

那須町長 様

事業者等名
申請者

㊦

認知症サポーターステッカー交付申請書

認知症サポーターステッカーの交付を受けたいので、申請いたします。

※太枠内に必要事項を記入してください。

ステッカーに掲載する 事業者等名	
担当者連絡先	住所 電話 FAX (担当者名)
事業者等の所属人数及び 認知症サポーター 養成講座受講者数	【所属人数】 人 【受講人数】 人
リーフレットへの掲載に ついての同意 (いずれかに○)	「認知症サポーターのいる事業者」として那須町が作成する名簿及びリーフレット等へ掲載することについて ・ 同意します ・ 同意しません
アピールポイント (「認知症サポーターのいる 事業者」として、ひとことア ピールをご記入ください。)	
備考	

(町記入欄)

認知症サポーター 養成講座受講日	年 月 日
ステッカー交付日	年 月 日

受付印
