平成　　年　　月　　日

オレンジパートナー登録申請書

太枠内に必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企業・団体名  及び代表者名 |  | | | |
| 企業・団体住所 |  | | | |
| 登録企業・団体名 |  | | | |
| 登録企業・団体住所 |  | | | |
| 登録企業・団体の所属人数  及びサポーター講座受講者数 | 【所属人数】　　　　　　　　　　　【受講人数】  　　　　　　　　　　　人　　　　　　　　　　　　　　　　　人 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | 担当者名 |  |
| 登録要件  （該当番号に○を） | 1. 認知症サポーター養成講座年に１回以上開催 | | 1. 職員の半数以上が認知症サポーター | |
| 認知症の人に対しての優しい取組  （現在取組） |  | | | |
| 認知症の人に対しての優しい取組  （計画） |  | | | |

ありがとうございました。後日、オレンジパートナーステッカーを送付します。

また、年度末のアンケートへのご協力をお願いします。