様式１号

**ひょうご認知症サポート店（事業所等）の申請書及び計画書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

兵庫県保健医療部健康増進課認知症対策班　行

　ひょうご認知症サポート店（事業所等）として申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| **【必須】**  申請理由 |  |
| **【必須】**  認知症サポーター  養成講座開催計画等  (1)または(2)の  どちらかにご記入ください。  ※年度内に受講予定がある、または過去２年以内に受講した認知症サポーターがいる場合に申請できます。 | **(1)今年度認知症サポーター養成講座を受講済みまたは受講予定の場合**  ＜認知症サポーター養成講座受講状況および受講計画＞   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 受講時期 | 養成人数  （予定を含む） | 受講（開催）  市町 | 市町ｷｬﾗﾊﾞﾝﾒｲﾄ(講師)派遣希望 | 備考 | | 年 　月頃 | 人 |  | 有　・　無 |  | | 年 　月頃 | 人 |  |  |  | | 年 　月頃 | 人 |  |  |  | | 合計 | 人 |  |  |  |   ※受講予定までに上記合計人数分のハンドブック等の資材を、県から送付します  （送付まで１ヶ月程かかります）  ※県からオレンジリングの配布は行っておりません  ※講座を一度受けた方も、再度受講し理解を深めることが大切です  ※講座受講後に申請される場合は、備考欄に**「受講済」**とご記載ください  **(2)過去２年間の認知症サポーター養成講座受講者が(１人でも)いる場合**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 受講年度 | 養成人数 | 受講市町 | 備考 | | 前々年度 | 人 |  |  | | 前年度 | 人 |  |  | | 合計 | 人 |  |  |     **(3)店舗等に貼るステッカーの希望枚数**  　　　　（　　　　　）枚　 ⇒（　　　　）箇所に掲示予定  ※ステッカーはサポーター養成講座受講が報告書等により確認出来次第送付します |
| 【任意】  今後の取組み計画 |  |
| **【必須】**  ホームページ公表内容  ※⑤⑥については状況に応じて公表予定 | ①企業名 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ②業種 【 　　 】  ③所在地 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ④ホームページ 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 】  ⑤代表者名 （　　　　　　　　）⇨講座受講の有無（有・今後予定・無）  ⑥従業員数 （　　　　人）⇨うち認知症サポーター数（　　　　人） |

　＜担当者連絡先＞（ハンドブック等の送付先）※以下については公表しません

|  |  |
| --- | --- |
| □企業名及び担当部署 |  |
| □担当者氏名 |  |
| □郵便番号・住所 | 〒 |
| □電話番号 |  |
| □メールアドレス |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記問い合わせ先にメールにてご申請ください。

兵庫県保健医療部健康増進課　認知症対策班

〒650-856７ 兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1

電話：078-341-7711（内線2901・2948）

E-Mail：kenkouzoushinka@pref.hyogo.lg.jp



兵庫県マスコット　はばタン

**問い合わせ先**