

年 月 日

杉並区長 宛

認知症サポーターステッカー申込書

当事業所は、次の通り「認知症サポーターステッカー」を申し込みます。

事業所名	
住所	
電話番号	
事業種別	小売店・飲食店・薬局・理美容店・介護事業所・金融機関 その他（ ）
ステッカー希望枚数	枚（原則1事業所1枚とします。）
サポート事業所マップ への搭載希望	希望する ・ 希望しない
備考	

※太枠内に必要事項を記入して下さい。

(区記入欄)

認知症サポーター 養成講座受講日時	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
----------------------	-------------------