**太田市「認知症サポーターがいます」ステッカー配付申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 事業所名 |  |
| 担当部署 |  | ご担当者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

太田市「認知症サポーターがいます」ステッカーの配付を希望します。

１．認知症サポーターの方の名前

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | ２ |  |
| ３ |  | ４ |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　他　　　　　名

２．ステッカーの貼付箇所

３．事業所の営業時間

Ａ　午前　　　時　　　分から午後　　　時　　　分まで

※休日（　　　　　　　　　　　　）

Ｂ　２４時間利用可能

Ｃ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．**太田市ホームページにて、認知症サポーターのいる事業所として「事業所の名称」「住所」「電話番号」「営業時間」を掲載しますのでご了承ください。**

※この届出の内容については、目的以外には使用いたしません。

送信先・・・FAX：０２７６－４７－１８８９

Email：020800@mx.city.ota.gunma.jp

郵送：〒373-8718

太田市浜町2番35号　太田市役所 介護サービス課

問合せ・・・介護サービス課　０２７６－４７－１８５６