

様式 1 号（第 4 条関係）

むつ市認知症サポート団体認定申請書

年 月 日

（宛先）むつ市長

所在地
名称
代表者の職及び氏名 ㊟

むつ市認知症サポート団体認定事業実施要綱第 4 条第 1 項の規定により申請します。

団体名	フリガナ -----
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mail アドレス	
HPアドレス	
担当者	(所属) (氏名)
認知症サポーター 養成講座受講状況	受講日 年 月 日 会員数 名 うち認知症サポーター養成講座受講者 名
ステッカー 交付枚数	複数箇所に掲示する場合は、必要な枚数を記入してください。 枚
市ホームページ への掲載	☐ 掲載を希望する ☐ 掲載を希望しない
認知症サポート団体としてのPRがありましたら、記入してください。	