

第1号様式（第6条関係）

千代田区認知症サポート企業・大学認証申請書

年 月 日

千代田区長 殿

郵便番号 \_\_\_\_\_  
 申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (所在地) \_\_\_\_\_  
 企業・大学名 \_\_\_\_\_  
 代表者氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者 \_\_\_\_\_

下記のとおり「千代田区認知症サポート企業・大学」の認証を受けたいので、千代田区認知症サポート企業・大学認証制度実施要綱第6条第1項の規定により申請します。

認証を希望する事業所・大学	名称	
	所在地	〒 _____ 千代田区
	電話番号	
	URL	http://
	担当者	
公開情報等	<p>認証された場合区のホームページ等で事業所・大学情報の公開を予定しています。          認証内容の公開を <input type="checkbox"/>希望する ・ <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p>公開可能な情報（可能な項目へ <input checked="" type="checkbox"/> をお付け下さい）  <input type="checkbox"/>名称 <input type="checkbox"/>所在地 <input type="checkbox"/>電話番号 <input type="checkbox"/>事業所や大学のURL  <input type="checkbox"/>ホームページや広報等への活動の紹介や写真の掲載等          （認知症の人を支える具体的な取組が分かる活動の紹介や写真の掲載等）</p> <p>認知症に関する千代田区からの情報を提供します。          情報の提供を <input type="checkbox"/>希望する ・ <input type="checkbox"/>希望しない</p>	

(裏面あり)

(1) 企業等においては認知症サポーター養成講座受講者が区内の事業所に勤務していること。大学等においては認知症サポーター養成講座を受講した者が区内の当該大学等に勤務又は通学していること。(要綱第4条第1号及び第2号)

受講又は開催実績

受講年度	養成人数	受講又は開催年月日
今年度	人	
前年度	人	
前々年度以前	人	
合計	人	

(2) 認知症の人を支える具体的な取組を実施していること。(要綱第4条第3号)

(具体的な取組を記載して下さい。) ※ 資料等の添付でも構いません。

認  
証  
条  
件

(3) 企業・大学が下記の事項に該当する。

暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有しない。(要綱第4条第4号)

他

事業所や大学等に貼るステッカーの希望枚数(10枚が上限です)  
( ) 枚