

小樽市「認知症の方にもやさしいお店・事業所」登録申請書

年 月 日

(宛先) 小樽市長

申請者 所在地
名 称
代表者 (押印不要)

小樽市「認知症の方にもやさしいお店・事業所」登録事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

記

申請は、下記QRコードまたはURLからも行うことができます。

ふりがな	
店舗・事業所名	
業 種 (該当するものに○)	小売店・理美容室・飲食店・金融機関・医療機関・薬局 その他 ()
所在地	〒 小樽市
登録要件	すべての項目に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座の受講等、認知症について理解を深めるよう努めます。 <input type="checkbox"/> 「認知症の方への対応の心得」※1を意識して、やさしく、ゆっくり、丁寧に対応します。 <input type="checkbox"/> 認知症の方が、安心して暮らすことができるまちづくりのための取組を可能な限り推進します。 <input type="checkbox"/> 申請書の提出をもって、ステッカーの掲示の意思があること、また、小樽市が実施するアンケート等へ協力することに同意します。
市ホームページへの掲載※2	<input type="checkbox"/> 掲載を希望する <input type="checkbox"/> 掲載を希望しない
認知症サポーター養成講座の受講	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> すでに受講済 (年 月頃)
担当者 ※メールは、組織アドレスを御記入ください	氏名： 電話： メールアドレス：

※1 「認知症の方への対応の心得」は申請書の裏面参照

※2 市ホームページには「店舗・事業所名」「業種」「所在地」欄の記載内容を掲載

【 申請入力フォーム 】



【 申請・問合せ先 】

小樽市福祉保険部福祉総合相談室 地域包括ケアグループ

電話 0134-32-4111 FAX 0134-33-1128

メールアドレス tiikihokatu-care@city.otaru.lg.jp

<https://logoform.jp/form/fqKj/1460415>