明石市長　様

　あかしオレンジサポーター協力事業所制度運用要領に同意した上で、以下のとおりあかしオレンジサポーター協力事業所として登録を申請します。

※明石市では認知症サポーターのことをオレンジサポーターと呼んでいます。

|  |  |
| --- | --- |
| 企業等名 |  |
| 業種 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 | 〒明石市 |
| ホームページ（任意） | ※ホームページがない場合は、事業概要がわかるものを添付してください |
| 担当部署 |  | 事業所内の従業員数 | 　　　　　人 |
| 担当者名 |  |
| 文書送付先 | 〒明石市 |
| 連絡先 | ＴＥＬ　：ＭＡＩＬ：※市からの情報提供等は原則メールで行います。 |
| オレンジサポーター養成講座の開催計画 | (1) オレンジサポーター養成講座の受講者人数（予定含む）

|  |  |
| --- | --- |
| 開催時期 | 養成人数 |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |
| 　　年　　月 |  |

　※過去２年間受講した人数を計上することができます。一度受けた方も、再度受講することで理解を深めることが重要です。(2) 受講者がオレンジサポーターであることの明示方法　　□ オレンジリング　　　□ オレンジバッジ(3) 店舗等に貼るステッカーの希望枚数　　希望サイズ：□ Ｂ５　□ Ｂ６　　希望枚数：（　　　）枚　（　　　）箇所に掲示予定　※一事業所につき原則一枚ですが、必要な場合はご相談ください。(4) 今後の養成計画について |
| 市ホームページへの掲載について | 市のホームページへの掲載を　□ 希望する　　□ 希望しない※①企業等名②業種③所在地等を掲載する予定です。　掲載内容に変更があればご連絡ください。※ステッカーを貼った店舗等の写真の掲載も可能です。掲載を希望する場合は、画像データを送付してください。　送付先：kourei-fukushi@city.akashi.lg.jp |