

大村市地域包括支援センター FAX 53-8348

大村市認知症ほっとライン事業参画申込書

大村市長様

このことについて、大村市認知症ほっとライン事業の目的に参同し、参画を希望します。

令和 年 月 日

住 所 : 〒 _____ - _____

事業所名 : _____

代表者名 : _____ 担当者名 : _____

連絡先 : _____ F A X : _____

E-mail : _____

現在、当事業所で「認知症支援リーダースキルアップ研修会」を修了した者の在籍人数は下記のとおりです。

_____名

- ✓ ご記入後は **FAXにて令和4年12月23日(金)までに**ご提出いただきますようお願いいたします。

お手数をお掛けしますが、ご協力方よろしくお願い申し上げます。

注) 現在、既に「認知症ほっとライン事業所」となっている事業所におかれましては、本申込書の提出は不要です。

【連絡先】

大村市地域包括支援センター

電話 : 0957-53-8141

FAX : 0957-53-8348

担当 : 寺島・吉田