様式３号

**「ひょうご認知症サポート店（事業所等）」取組み企業等報告書**

年　月　日

兵庫県保健医療部健康増進課認知症共生班　行

　今年度 「ひょうご認知症サポート店（事業所等）」の取組み企業等としての取組み内容について報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **認知症サポーター養成講座等実施状況** | **企業内の認知症サポーター養成数（総数）【　　　年　　月　　日現在】**   |  |  | | --- | --- | | **①認知症サポーター総数** | 人 | | **②上記の認知症サポーターが**  **認知症サポーターである旨の**  **明示方法（該当欄に☑を）** | オレンジリング  シール  ピンバッチ等 |     　（内訳）  **上記のうち、今年度認知症サポーター養成講座を受講した人がいる場合**  **＜今年度の認知症サポーター養成講座受講結果＞**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 受講時期 | 養成人数 | 受講市町 | サポーター明示方法  （該当欄に☑を） | 備 考 | | 年　月頃 | 人 |  | オレンジリング  シール  ピンバッチ等 |  | | 年　月頃 | 人 |  |  | | 年　月頃 | 人 |  |  | | 年度合計 | 人 |  |  |  |   ※追加資材が必要な場合は、別途「支援資材の追加及びホームページ掲載内容変更に関する連絡票」（HP掲載）をご提出ください。 |
| **その他の認知症の人に優しい地域づくりの取組み【自由記載】** | **○取組状況（自由記載）**  認知症の方に実際に対応した例や、その他認知症に関する研修の受講状況など自由に記載して下さい。  （※可能な範囲で写真等の添付をお願いします） |

＜担当者＞

|  |  |
| --- | --- |
| □企業名及び担当部署 |  |
| □担当者氏名 |  |
| □郵便番号・住所 | 〒 |
| □電話番号 |  |
| □メールアドレス |  |

兵庫県保健医療部健康増進課認知症共生班

〒650-856７ 兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1

電話：078-341-7711（内線2901・2948）

メール：kenkouzoushinka@pref.hyogo.lg.jp

問い合わせ先



兵庫県マスコット　はばタン