**※ひょうご認知症サポート店（事業所等）既登録店舗用**

**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**

　　　年　　月　　日

兵庫県保健医療部健康増進課認知症対策班　行

下記のとおり追加連絡します。

**１　関連資材（認知症サポーターハンドブック等）の追加配布について**

**１）追加希望数**

　　　　　ハンドブック　　　（　　　　　　　　　　　）冊

　　　　　シール　　　　　　（　　　　　　　　　　　）枚

　　　　　ステッカー　　　　（大:　　　、小：　　　 ）枚

ピンバッチ　　　　（　　　　　　　　　　　）個

**２）追加が必要な理由**

　　　　　□認知症サポーター養成講座の開催（開催計画）

　　　　　　　　①開催日：

　　　　　　　　②養成人数：

　　　　　□その他

**２　県ホームページ掲載内容の変更について**

**１）変更内容（変更部分のみ記載下さい）**

|  |  |
| --- | --- |
| □企業名 |  |
| □業種 |  |
| □住所 |  |
| □ホームページ |  |

**２）変更理由**

【関連資材送付先及び担当者（連絡先）】

|  |  |
| --- | --- |
| □企業名及び担当部署 |  |
| □担当者氏名 |  |
| □住所 |  |
| □電話番号 |  |
| □メールアドレス |  |
| ◆**申請年月【必須】** |  |

※企業名は「ひょうご認知症サポート店（事業所）申請時記載いただいた企業名をご記載下さい