受付番号	

一般社団法人日本認知症ケア学会　機関認定書類　　記入日　20　年　月　日

様式 1　機関認定申請書

↓下記枠内をご記入ください　　↓記載例

法人名		(フリガナ)	ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ〇〇ｶｲ
			医療法人〇〇会
機関（事業所）	機関名称	(フリガナ)	△△△ﾋﾞｮｳｲﾝ
			△△△病院
	代表者氏名	㊞	機関　太郎
	所在地	〒	〒123-4567 東京都新宿区 神楽坂 4-1-1
	TEL/FAX	TEL　／　FAX	00-1111-2222
	E-mail	@	aaa@bbb.cc.jp
	URL		www.aaa.com

所定の認定要件を満たしていることから，下記書類を添え，標記の認定を申請いたします.

↓該当箇所に☑を入れてください

☐	様式番号　1	機関認定申請書
☐	様式番号　2	認知症ケア専門士・認知症ケア上級専門士在籍証明書
☐	様式番号　3	代議員推薦書
☐	様式番号　4	認定申請に係る機関の実績等報告書

【事務局記入欄】申請者は記入しないでください.

受付番号			
☐	様 式 1		
☐	様 式 2		
☐	様 式 3		
☐	様 式 4		
認 定 日	年　月　日	認定番号	