|  |  |
| --- | --- |
| 様式１ | 機関認定申請書 |

**↓下記枠内を記入してください．** **↓記載例**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 | （フリガナ） | ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ○○ｶｲ |
|  | 医療法人○○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 |
| 担当者 | 担当者名 |  | 機関　花子 |
| 担当者E-mail | 　　　　　　　　　　　　　　＠ | bbb@bbb.cc.jp |

|  |
| --- |
| 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 |  |