

あつぎオレンジサポート企業・団体認証申請書

令和 年 月 日

(あて先) 厚木市長

申請者 所 在 地 :
名 称 :
代表者役職・氏名 :

あつぎ認知症オレンジサポート企業・団体認証制度実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

企業・団体名 (事業所名)	(ふりがな)		
事業所の所在地	(〒 -)		
業 種		従業員・職員数	名
HPアドレス			
担当者連絡先	部署・役職		電話
	氏名		メールアドレス
認定要件	<input type="checkbox"/> 1. 認知症サポーター養成講座の受講及び事業所内での共有 ・認知症サポーター養成講座受講者数 () 名 <input type="checkbox"/> 2. 地域見守りネットワーク (認知症高齢者等徘徊 SOS ネットワーク等) <input type="checkbox"/> 3. イベント等の周知協力 <input type="checkbox"/> 4. その他 () <input type="checkbox"/> 5. 別紙チェックシート		
認定名簿に記載する企業・団体名	※上記、企業・団体名(事業所名)と同一であれば記載は不要です。		
掲示物	<input type="checkbox"/> 木製プレート <input type="checkbox"/> ステッカー		
備考			

※認定を申請する事業所単位でご記入ください。
(同一法人で複数の事業所を申請いただく場合も、事業所ごとにご記入ください。)

あつぎ認知症オレンジサポートチェックシート

項 目	取 り 組 み 内 容
高齢者等に優しい対応	<input type="checkbox"/> ゆっくりお客様のペースに合わせて対応する <input type="checkbox"/> 笑顔で優しく声かけをする <input type="checkbox"/> はっきり大きな声で話しかける <input type="checkbox"/> ていねいに説明をする <input type="checkbox"/> その他 ()
高齢者等に優しい店づくり	<input type="checkbox"/> 店内がバリアフリーになっている <input type="checkbox"/> 車いすでの利用ができる <input type="checkbox"/> トイレに手すりがある <input type="checkbox"/> 車椅子で利用できるトイレがある <input type="checkbox"/> 休憩スペースがある <input type="checkbox"/> その他 ()
高齢者等に優しい商品構成 など	<input type="checkbox"/> 値札など大きな文字を使っている <input type="checkbox"/> 商品を見やすい位置に配置 <input type="checkbox"/> 少量販売をしている <input type="checkbox"/> その他 ()
高齢者等に優しいサービス	<input type="checkbox"/> お金の計算等支払い時のお手伝いをする <input type="checkbox"/> 自宅まで配達する <input type="checkbox"/> 店舗まで送迎する <input type="checkbox"/> 出張サービスをする <input type="checkbox"/> その他 ()
高齢者福祉に関する普及・啓発	<input type="checkbox"/> ポスター等を掲示する <input type="checkbox"/> チラシ等を置く <input type="checkbox"/> 認知症に関する相談窓口を案内している <input type="checkbox"/> その他 ()
徘徊高齢者への対応	<input type="checkbox"/> 徘徊探索に協力する <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	<input type="checkbox"/> ()