

秋田市エイジフレンドリーパートナー事前協議書

（ 新規 ・ 再登録 ）

年 月 日

フリガナ			
事業者(所)名			
所在地等	郵便番号		
	住所		
	電話番号	FAX	
	e-mail		
代表者	役職		氏名
担当者	役職		氏名
業種 (販売品目)			
従業員数	人	支店数	
エイジフレンドリーパートナーとしての取組 (別紙のとおり)			
(参考)認知症サポーター養成講習受講状況 ※事前協議時点の状況をお知らせください。			
<input type="checkbox"/> 店長・責任者等が受講している <input type="checkbox"/> 社員・店員が受講している(名中 名) <input type="checkbox"/> 受講していない			