

受付 No

年 月 日

教育関連施設認定申請書

令和 年 月 日

一般社団法人 日本認知症予防学会 御中

当施設を日本認知症予防学会認知症予防ナース規則に規定する教育関連施設として認定されますよう、下記のとおり申請します。

施設名 _____

施設長 氏名 _____ 公印

施設所在地

〒 _____

電話 _____

ファックス _____

認知症予防ナース指導者

認定年月

認定番号

1. _____ 年 月 _____ 号

2. _____ 年 月 _____ 号

3. _____ 年 月 _____ 号

4. _____ 年 月 _____ 号

5. _____ 年 月 _____ 号

※ 認知症予防ナース指導者が1名以上いないと教育関連施設の申請はできません。

教育関連施設 連絡担当者

氏名 _____

教育関連施設内容説明書

令和 年 月 日

申請施設名 _____

認知症予防ナース指導者 氏名 _____ 印 _____

認知症予防ナース指導者による認知症予防に関する実践の概略（実施内容など）