（様式3-2）

**ＯＮＥアクション研修　実施報告受領書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | 御中 |  |
|  | 様 |  |

愛知県福祉局高齢福祉課地域包括ケア・認知症施策推進室

ＯＮＥアクション研修担当

ＯＮＥアクション研修実施報告書について受領しました。つきましては「あいち認知症ONEアクション（ステッカー）」及び「あいち認知症ONEアクション（ピンバッジ）」を送付します。

今後とも、認知症の人にやさしい店舗づくり等を推進くださいますよう、お願い申し上げます。

# １．「あいち認知症ONEアクション（ステッカー）」配布先

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| ステッカー番号 |  |

# ２．同封物

[ ] 　あいち認知症ONEアクション（ステッカー）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 枚 |

※新規に実施する職場（店舗や支店など）に配布されます。

[ ] 　あいち認知症ONEアクション（ピンバッジ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 個 |

　※新規の受講者に配布されます。