

受付番号 ※記載不要	
---------------	--

(様式1)

年 月 日

応募資格確認書

愛知県知事 大村 秀章 殿

所在地
事業者名
代表者職氏名

「令和5年度愛知県認知症本人発信支援事業」に関する企画競争に参加したいので、本事業の「企画提案募集要領」に基づき、別添のとおり関係書類を添えて申し込みます。

なお、提案に当たり下記事項について誓約するとともに、書類の記載内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

- 1 応募者は、「企画提案募集要領」の2「応募資格」を満たしていること。
- 2 「企画提案募集要領」に記載された内容を全て承知の上で提案するものであること。
- 3 事業の実施に当たっては、関係法令等を遵守して実施すること。

1 連絡担当窓口

担当部署名	
担当役職名	
主担当者氏名（ふりがな）	
主担当者所在地	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

2 応募資格

応募資格の各項目について、該当するものに○を、該当しないものに×を記入すること。

項目	該当
(1) 愛知県内に主たる事業所を有し、認知症高齢者を始めとする高齢者福祉に関する活動を行っている団体であること（法人格の有無は問わない。）。	
(2) 認知症の方を支援するために適切な能力を有する職員（※）が所属し、かつその者が当事業に参画できること。 （※）介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、作業療法士又は看護師などの資格を有する、または高齢者支援に関する十分な実務経験があるなど	
(3) 特定非営利活動法人にあっては、特定非営利活動促進法に基づく各種提出書類を適法に所管庁に提出している者であること。	

※（1）を示す書類の写しを添付してください。

※（2）について、保有資格がある場合は、登録証など、それが分かる書類の写しを添付してください。