**しがの認知症バリアフリー地域づくり知事表彰　応募申請書**

提出日　令和７年　月　日

（宛先）

　滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長

（提出者）

住所　（団体にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　（団体にあっては、名称および代表者氏名）

「しがの認知症バリアフリー地域づくり知事表彰」に下記のとおり応募します。

１　自薦・他薦　（いずれかに〇をつけてください）

|  |
| --- |
| 自薦　　／　　他薦 |

※他薦の場合、別紙様式２を添付してください。

２　応募部門　（いずれかに〇をつけてください）

|  |
| --- |
| 　地域コミュニティ・団体部門　　／　　企業・事業者・組織部門 |

３　表彰対象者の基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・事業者・団体名 | フリガナ |
|  |
| 代表者　職、氏名 | フリガナ |
|  |
| 住所または所在地 |  |
| 担当者の連絡先 | 部　署 |  |
| 担当者 |  |
| 電　話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

※団体および事業者は、会社・事業所概要等、当該団体の概要がわかるものを添付すること。

４　受賞した際の取組内容の公表に関する同意

　　募集要項第８に基づき、受賞の際は、取組内容を県ホームページに掲載してよろしいでしょうか。　（いずれかに〇をつけてください）

|  |
| --- |
| 同意します　　／　　同意しません |

５　添付書類

□ 申請書（この様式）

□ 会社概要等（応募団体の規模や事業概要等がわかるもの）

□ 活動概要書

□ 添付資料（活動の様子を示す写真、パンフレット、報告書等）

□ 推薦書（他薦の場合に限る）