|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※記載不要 |  |

**様式１**

**１**

経済産業省「サービス産業強化事業費補助金（認知症共生社会に向けた製品・

サービスの効果検証事業）」参加申込書

|  |
| --- |
| １．基本情報 |
| 自治体・団体名: |  |
| ご担当者名: |  |
| ご連絡先:  | 電話番号：メールアドレス： |
| ２．ご協力内容* 認知症「共生」に関する地域や介護事業者としての課題等、実証にご協力いただける背景及び目的を記載してください。
 |
| 実証協力の背景・目的： |  |
| 協力を希望する製品・サービスの分野・種類 | * 上記の「実証協力の背景・目的」に照らして、ご協力を希望される製品・サービスの分野や種類を記載してください。　例：MCIの方向け就労支援、等
* 分野・種類は複数記載いただいてもかまいません。
* 現段階では未定の場合、その旨ご記載ください。
 |
| ご協力いただける内容： | * 実証にご協力いただける内容を具体的にご記載ください。

例：実証の告知協力、地域の介護事業者のご紹介、当事者のご紹介、等* 現段階では未定の場合、その旨ご記載ください。
 |