第１号様式

記入例

令和6年4月1日

（あて先）名古屋市認知症相談支援センター所長

認知症カフェ実施主体

団体もしくは事業者名　社会福祉法人　○○会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名　デイサービスセンター○○

　　所在地　A区1丁目1番地

 　 　　 代表者 理事長　なごや　ふくこ

なごや認知症カフェの登録について（申請）

みだしのことについて、下記のとおり申請します。

１　名称及び実施内容

　　　「認知症カフェ実施内容」のとおり

２　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 | 連　絡　先 |
| ふくし　はなこ | 電話番号 052（○○○）○○○○ |
| ＦＡＸ番号　052（○○○）○◯◯◯ |
| E-mail　bbbb@cccccc.ne.jp |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※受付 | 令和　　年　　月　　日 | 　　　区　　　部いきいき支援センター |

認知症カフェ実施内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 情報公開 |
| **名　称** | カフェ○○ | インターネット等で公開します。 |
| **設置目的** | 認知症のご本人、ご家族の憩いの場づくり。地域住民の認知症の理解と、住民・専門職という関係を超えた対等な交流の場を目指す。訂正のある場合は二重線で消し、訂正印を押印してください。訂正印は、担当者印で可。 |
| **開催頻度****・開催日** | １回／月・毎月第４日曜日 |
| **開催時間** | １３：００　～　　１４：００印１５ |
| **活動場所の****名称・住所** | Ａ区△△１丁目△番地デイサービスセンター○○　１階ホール |
| **人員配置** | ☑専門職の配置有　(職種：社会福祉士 )□いきいき相談室や居宅介護支援事業所等の専門職と連携がとれる□専門職の配置無 |
| **参加費** | 100　円／１回 |
| **問合せ先** | 052（○○○）○○○◯ |
| **市民へのＰＲ****（100文字以内）** | 気軽におしゃべりし、のんびり過ごしていただける場です。季節ごとに花見やクリスマス会など、参加者みんなで企画して実施します。だれでもお気軽にご参加ください！お待ちしています。事前の参加申込（　要　・　不要　） |
| **実施主体****・担い手** | デイサービスセンター○○職員ボランティア、Ａ学区在住認知症サポーター | 市民等からの照会に応じて情報提供します。 |
| **参加人数（見込み）** | 　　　　　　　　　　　　15人／１回 |
| **カフェとして　目指すこと等** | 認知症のご本人やご家族にとって、安心できる場になること。また、カフェの活動をきっかけに、Ａ学区が認知症の方にやさしい地域になってもらうことを目指す。 |
| **実施内容****（具体的に記入してください）** | ・コーヒーとお菓子を提供し、おしゃべりを楽しむ。・毎回、冒頭に認知症に関するミニ講座を行う。・認知症のご本人の得意なことを生かし、カフェの場で披露していただいたり、レクリエーションに取り入れる等の工夫をする。 |
| **開設日** | 令和6年5月1日 |

添付資料

関連資料（チラシ・パンフレット・広報紙など）