第１号様式

令和 年 月 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

事業所名

所在地

代表者

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 |
|  | 電話番号 （　　 　 ） |
| ＦＡＸ番号　 　 （　　 　） |
| E-mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※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** | |  | | インターネット等で公開します。 |
| **設置目的** | |  | |
| **開催頻度**  **・開催日** | |  | |
| **開催時間** | | ：　　　　　～　　　　　： | |
| **活動場所の**  **名称・住所** | |  | |
| **人員配置** | | □専門職の配置有　(職種： 　　　　　 )  □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** | | 円／１回 | |
| **問合せ先** | | （　　　　） | |
| **市民へのＰＲ**  **（100文字以内）** | | 事前の参加申込（　要　・　不要　） | |
| **実施主体**  **・担い手** | |  | | 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）** | | 人／１回 | |
| **カフェとして　目指すこと等** | |  | |
| **実施内容**  **（具体的に記入してください）** | |  | |
| **開設日** | | 令和　　　年　　　月　　　日 | |

添付資料

関連資料（チラシ・パンフレット・広報紙など）