

尼崎市認知症カフェ実施計画書

団体名 _____

| | |
|-----------------------------|---|
| 認知症カフェ名称 | |
| 認知症カフェ実施会場 | 住所 〒 尼崎市 会場名称等 |
| 運営主体 | |
| 認知症カフェ代表者 フリガナ 氏名 | |
| 認知症カフェ連絡先 電話/FAX/メールアドレス | TEL () — FAX () — メールアドレス _____@_____ ホームページアドレス http:// 担当者氏名（フリガナ） |
| 開催日時 ※令和3年度年間開催日をご記入下さい | <ul style="list-style-type: none"> ・定期開催 〔 〕 ・不定期開催（すべての日時を記載下さい） 〔 〕 |
| 参加時の連絡について | 必要あり ・ 必要なし |
| ホームページへの案内チラシの掲載 | 必要あり ・ 必要なし |

| | |
|---|---|
| <p>実施内容</p> | |
| <p>茶菓子の提供（実費の有無）</p> | <p>・実費 あり （ 円／1回） 会費制 （ 円） なし ・茶菓子の提供（ あり ・ なし ）</p> |
| <p>認知症の人および家族の相談に 対応できる人（1名）</p> | <p>フリガナ 氏名 資格等（いずれかに○をつけて下さい）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職（ ） ・キャラバン・メイト ・認知症サポーター |