様式第２号（第６条関係）

尼崎市認知症カフェ実施計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 開催場所 | 所在地　　〒  　　　　尼崎市  開催場所 |
| 運営主体 |  |
| 認知症カフェの連絡先  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） |
| 年度内の開催日時 | ・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 |
| 実施内容 |  |
| 茶菓子の提供（実費の有無） | ・実費　あり　（　　　　円／１回）　会費制　（　　　　　円）  　　　　なし  ・茶菓子の提供（　あり　・　　なし　） |
| 認知症の人やその家族の  相談に対応できる人（１名） | フリガナ  氏名  資格等（いずれかに〇をつけて下さい）  ・専門職（　　　　　　　　　　　）  　・認知症キャラバン・メイト  　・認知症サポーター |

※表の幅等が不足する場合は調整してください。