

横手市認知症カフェ登録申請書

年 月 日

横手市長 様

申請団体等 所在地
名 称
代表者

横手市認知症カフェ登録事業実施要領第7条第1項の規定により、次のとおり登録申請します。

申請団体等	フリガナ			
	名 称			
	所 在 地			
	団 体 等 別 の 種 別	地域住民団体 / ボランティア団体 / NPO団体 / 社会福祉法人 医療法人 / 介護事業所 / 福祉施設 / 医療機関 / その他()		
	連 絡 先			
認知症カフェの名称		開設日	令和 年 月 日	
開催場所				
開催頻度・日時		定 期		
		不 定 期		
設置目的 (該当する項目に○)		参加者同士の相互交流及び情報交換		
		認知症の人を介護する家族の負担軽減		
		認知症状の悪化防止		
		地域での認知症の啓発		
		その他 ()		
従事者の配置		人/回（内訳： 専門職 人 / ボランティア・その他 人）		
定員 (最大収容人数)		有 (名)	参加費	有 (円/回)
		無		無
具体的な活動内容		事前の参加申込（要・不要）		
担当者・問合せ先		氏名：	電話：	
			FAX：	

※添付資料

活動内容（予定含む）の分かる資料（チラシ・パンフレット・広報誌等）