別紙１

我孫子市オレンジカフェＰＲ登録申請書

年　　　月　　　日

我孫子市長　あて

住所

氏名

連絡先（電話）

下記の内容を我孫子市オレンジカフェ一覧へ掲載することを希望します。

記

【事業の内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症カフェの名称 |  |
| 開催場所の名称及び住所 |  |
| 開催日時頻度 |  |
| 参加費 |  |
| 問い合わせ先及び電話 |  |
| 事前予約 | 有　・　無 |
| P　R |  |

別紙２

実施計画書

団体名：

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症カフェの名称 |  |
| 事業の目的 |  |
| 問合せ先 | 担当者名連 絡 先 |
| 会場 | 住 所名 称 等 |
| 開催日時・実施回数 |  |
| 時間　　　　　　　　～ | 計　　　　回 |
| 事業内容 | 主な実施内容 |  |
| ※事業内容、認知症相談体制等について具体的に記載すること。 |
| 運営スタッフ | スタッフ人数　　　名内訳（氏名）うち資格を有しているスタッフの人数　　名※医師（氏名）、看護師（氏名）、介護支援専門員（氏名）　　その他（　　　　　）（氏名） |
| その他 | 参 加 費　　　　　　　　　　　　　円事前申込み　　　　　　　　　　　有・無参加人数（見込み）　　　　　　　　人／回 |
| 利用者への配慮 | （例）交通の便・駐車場の有無 |

別紙３

団体等概要書

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 団体名 |  |
| 目的・活動設立経緯 |  |
| 所在地等 | 〒 |
| 電話 | ＦＡＸ |
| ホームページ | Ｅ-mail |
| 設　立 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 役　職 |
| 代表者 |  |  |
| 年間事業 | 時期 | 事業名 | 参加人数 |
|  |  |  |
| 過去3年間予算 | 　　　年円 | 　　　年円 | 　　　年円 |