**様式第２号（第６条関係）**

**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　　　人****内訳（氏名）****うち資格を有しているスタッフの人数　　人****※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** |