令和　　年度　倉敷市認知症カフェ実施計画書

【助成】様式２

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 | 『　　　　　　　　　　　　　　　　』 |
| セールス  ポイント |  |
| 開催日 |  |
| 開催時間 |  |
| 開催場所 | 施設名称：  住　　所：  利用可能人数　　　　人 |
| 事業の内容  （年間計画） |  |
| 参加費の有無 | 無料　　・　　有料（１人　　　　　円） |
| 参加予定  人数 | 認知症の方とその家族　　　（　　　　　　名）  地域住民　　　　　　　　　（　　　　　　名）  ボランティア　　　　　　　（　　　　　　名）  専門職　　　　　　　　　　（　　　　　　名）　　　　計　　　　　　名 |
| **情報公開時**の問合せ先 | 担当部署・氏名：  電　　　話： |
| **事務連絡用**問合せ先 | 担当部署・氏名：  住　　　所：〒　　-  電　　　話：  E-mail： |

※計画書の内容について、情報の公開を行います。ただし、事務連絡用の問合せ先は公開いたしません。