認知症カフェ運営計画書

1. 認知症カフェについて　　　　　　　　　（　　　　　　年　　　　月　　　　日作成）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 認知症カフェの名称 |  |
| 実施場所・会場名 | 松阪市　　　　　　　　　町 |
| 連絡先 | 代表（担当）者 |  |
| 代表（担当）者住　　所 |  |
| 電話番号（FAX番号） |  |
| メールアドレス |  |

1. 実施計画

|  |  |
| --- | --- |
| 実施予定 | 実施開始時期：　　　　年　　　　　月 |
| 実施予定回数：月　　　　　回（年度内　　　　　回） |
| 実施予定時間：　　　　　　　　　　～ |
| 利用者負担：　　　有　　　　　　　円/人　　・　　　　無 |
| 運営スタッフ | 氏名 | 資格等 | 氏名 | 資格等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 年間計画※実施内容を記載（「交流」など） | 　月　 |  | 月 |  |
| 月 |  | 月 |  |
| 月 |  | 月 |  |
| 月 |  | 月 |  |
| 月 |  | 月 |  |
| 月 |  | 月 |  |
| 周知方法 |  |