第1号様式

令和　　年　　月　　日

（あて先）豊島区高齢者福祉課長

認知症カフェ実施主体

団体・事業者名

所在地

代表者

豊島区認知症カフェの登録について（申請）

豊島区認知症カフェの登録について、下記のとおり申請します。

１　名称及び実施内容

「豊島区認知症カフェ実施内容」のとおり

２　連絡先

担当者氏名：

電話番号：

FAX番号：

E-mail：

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

（第2号様式）

豊島区認知症カフェ実施内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 |  | 区ホームページ等で公開します |
| 設置目的 |  |
| 開催頻度  ・開催日 |  |
| 開催時間 | ：　　　　　～　　　　　　： |
| 活動場所の  名称・住所 |  |
| 専門職の配置 | 有（職種：　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 参加費 | 円／１回 |
| 問合せ先  （電話番号） | （　　　　　　　　） |
| 区民へのPR  （100字以内） | 事前の参加申込（　要　・　不要　） |
| 実施主体 |  | 区民からの照会があった場合、情報提供します |
| 参加人数  （見込み） | 人／１回 |
| カフェとして  目指すこと等 |  |
| 実施内容  （具体的に記入してください） |  |
| 開設日 | 令和　　年　　　　月　　　　日 |

添付資料（チラシ、パンフレット　など）