

様式3 (第9条関係)

函館市認知症カフェ変更届

年 月 日

函館市長 様

運営団体

住 所

代表者名

函館市認知症カフェ認証 No.

下記のとおり、変更しましたので届け出ます。

記

〈変更前〉

連絡先	担当者名 TEL
認知症カフェ 名 称	
開催場所	
定 員	
開催日程	
内 容	
従 事 者	
参 加 費	
協力等事業者 (予定)	

〈変更後〉

連絡先	担当者名 TEL
認知症カフェ 名 称	
開催場所	
定 員	
開催日程	
内 容	
従 事 者	
参 加 費	
協力等事業者 (予定)	



- (1) 変更があった箇所のみ記載してください。ただし、連絡先は変更がない場合も必ず記載してください。
- (2) 変更後のチラシ等を添付してください。