様式４（第１０条関係）

函館市認知症カフェ実施報告書

　年　　月　　日

函館市長　様

運営団体

住　　所

代表者名

担当者名

函館市認知症カフェ認証No

認知症カフェを下記のとおり実施しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
| 協力等事業者 |  |
| 開催日時 |  |
| 開催場所 |  |
| 参加者数  （従事者も含む） | 参加者数：　　　　名（内スタッフ　　　名）  再掲：地域住民　　名 　専門職　　名　　ボランティア　　名 |
| 内容 |  |
| 実施効果  （感想） | １認知症の人や家族にとって  ２地域住民にとって  ３ボランティアにとって  ４運営団体にとって |
| 添付書類 | 開催時の様子がわかるもの（写真等） |
| その他 |  |

(1) 把握が難しい場合はおおよその人数を記載してください。

(2) 1開催毎に実施報告書を作成してください。

(3) 枠内に記載が難しい場合は，別紙資料参照とし資料添付で提出してください。