様式７（第１２条第２項関係）

函館市認知症カフェ年間開催予定表

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.

函館市認知症カフェ　　年度開催予定表を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 担当者氏名 | 連絡先　℡　Email |
| 認知症カフェ名称 |  |
| 開催場所 |  |
| 定員 | １　定員を設ける　　定員　　　名２　定員を設けない |
| 開催日程 | 開催日 |
| 開催時間 |
| 内容 |  |
| 従事者 | 専門職（職種：　　　　　　　）　　　名従事予定者　約　　　名 |
| 参加費 | １　無し　　　　　　　２　有り（　　　　　円/回）　　　 |
| 添付書類 | １　周知用のちらしまたはポスター |
| 協力等事業者（予定） |  |

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。