

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。