

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 Tel 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。