

FAX番号 0956-25-9670

佐世保市長寿社会課高齢支援係 認知症施策担当 行

様式第6号(第11条関係)

受付印

佐世保市認知症カフェ実施報告書 ( 年 月 ~ 年 月 )

佐世保市長 様

団体名・事業者名

所在地

代表者氏名

連絡先

年 月 ~ 年 月に実施しました佐世保市認知症カフェについて、下記のとおり実施結果を報告します。

登録No.	名称	開催場所
-------	----	------

開催数	参加者数 (従事者を含む)										(再掲) 相談対応 件数
	総数	内訳									
		当事者	家族	専門職	認知症 サポーター	家族会	地域 住民	その他	その他内訳		
①	月	回	名	名	名	名	名	名	名	名	件
②	月	回	名	名	名	名	名	名	名	名	件
③	月	回	名	名	名	名	名	名	名	名	件
④	月	回	名	名	名	名	名	名	名	名	件
⑤	月	回	名	名	名	名	名	名	名	名	件
⑥	月	回	名	名	名	名	名	名	名	名	件
計	回	総数合計(参加延べ人数) 名									

特記事項  
(イベントの開催等)

お気づきのことが  
あればご記入  
ください。