

受付印

佐世保市認知症カフェ登録申請書

年 月 日

佐世保市長 様

団体名・事業者名

所在地

代表者氏名

印

連絡先

佐世保市認知症カフェ登録事業実施要領第5条の規定により、次のとおり登録申請します。

ふりがな 認知症カフェの名称			
開催場所	会場（施設）名		
	住 所		
	駐車場の有無		
	送迎の有無		
開催頻度・日時	(例：月1回 第4土曜日 13時～15時)		
参加者からの 問い合わせ先	電話番号		
	FAX番号		
	メールアドレス		
	ホームページ		
	ふりがな 担当者氏名		
認知症カフェ 従事者の配置	・専門職_____名（職種 _____） ・認知症サポーター_____名、 ・その他_____名（職種 _____）		
事前申し込み	要（申し込み方法： _____） ・ 不要		
受入れ人数	最大 _____ 名		
参加費	_____ 円/回		
開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日より開催		
具体的な取り組み 内容			
市民にPRしたいこと (一言メッセージや カフェの様子など)	※カフェの様子の写真等がある場合は、データでご提出ください。		
上記の申請情報を佐世保市のホームページ等で公開することについて同意いたします。			
_____ 年 _____ 月 _____ 日（代表者自署）			