

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

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）