様式第３号（第８条関係）

　　　　年　　月　　日

岬　町　長　　あて

（申請者）住所

組織名

代表者氏名　　　　　　　　　印

岬町認知症カフェ登録変更届

　　年　　月　　日付け第　号で登録を受けた岬町認知症カフェについて、下記のとおり登録内容を変更します。

記

１．認知症カフェの名称及び実施内容

　　別紙「認知症カフェ運営事業計画書」のとおり

　　＊変更内容のみ記入

２．添付書類

　　団体等概要書

　　＊変更内容のみ記入

　３．連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 | 連　絡　先 |
|  | 電話番号 |
| FAX番号 |
| E-mail |

別　紙

岬町認知症カフェ運営事業計画書

＊変更内容のみ記入すること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **カフェの名称** |  | | | |
| **設置目的** | １．認知症の本人やその家族同士の相互交流・情報交換  ２．家族の介護負担の軽減  ３．認知症状の悪化予防  ４．地域での認知症啓発  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **開催頻度**  **・開催日** | １．毎週　　曜日　　　　　２．毎月第　　　曜日  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **開催時間** | ：　　　　　～　　　　　： | | | |
| **活動場所の**  **名称・住所** | 名称：  住所：岬町 | | | |
| **専門職の種類** | １．医師　２．看護師　　３．保健師　　４．介護福祉士  ５．社会福祉士　６．精神保健福祉士　７．ケアマネジャー  ８．その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| **参加費** | 円／回 | | | |
| **問合せ先** | （　　　　） | | | |
| **実施主体**  **・担い手** |  | | | |
| **従事者配置** | 人／回 | 内訳 | 貴団体所属職員　　　人 | 専門職　　　　人 |
| ボランティア　　　　人 | その他　　　　人 |
| **参加人数（見込み）** | 人／回 | | | |
| **備考** |  | | | |
| **開設（予定）日** | 年　　　月　　　日 | | | |

団　体　等　概　要　書

＊変更内容のみ記入すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 代表者名 | |  |
| 担当者 | 氏　名 |  |
| 連絡先 |  |
| 開設年月日 | | 年　　月　　日 |
| 会員数又は  職　員　数 | |  |
| 団体の目的 | |  |
| 主な活動実績 | | （＊活動実績がない団体は記載不要） |
| 添付書類 | | ＊下記書類がある場合は、添付すること。  (1) 団体等の定款、規則、会則等  (2) 団体等の最新の事業計画書  (3) その他団体の活動内容がわかる書類 |