様式第１

認知症カフェ登録申請書

　　年　　月　　日

　（宛先）北名古屋市長

申請者　実施主体名

代表者氏名

住　　所

電話番号

　認知症カフェに登録をしたいので、趣旨に賛同し、申請します。

☑チェックを入れてください

□宗教活動や政治活動への勧誘、高額商品の契約や販売はしません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 認知症カフェ名称 |  | |
| 開催場所 | 〒  北名古屋市 | |
| 連絡先 | Tel: | Fax: |
| E-mail: | |
| 代表者名 |  | |
| 開催日時 | 定期開催　毎週・隔週・毎月　　　曜日（時間:　　　～　　　　）  不定期開催 | |
| 専門職の配置 | 有（職種：　　　　　　　）・無 | |
| 1回あたりの  参加人数（見込み） | 人 | |
| 参加費 | 有（１回　　　円）・無 | |
| 実施内容 | 飲食　交流　活躍　相談　学び　その他（　　　　） | |
| 詳細記載： | |
| ＰＲ事項 |  | |