

第1号様式（第7条関係）

年 月 日

品川区長様

団体・事業者名称：

（事業所名称： ）

住所・所在地：

代表者職・氏名： ⑩

品川区認知症カフェ登録申請書

品川区認知症カフェ登録について、品川区認知症カフェ運営支援事業実施要綱の定めるところにより、当該認知症カフェに関する品川区が指定する情報を公開することに同意のうえ、下記のとおり申請します。

記

1. 認知症カフェの名称 「 」
2. 開催回数
 1月につき1回 1月につき2回または3回 1月につき4回以上
3. 開設日
4. 実施内容
5. 関係書類
 - (1) 団体概要書
 - (2) 認知症カフェ概要書
 - (3) 実施計画書
6. 連絡先等
 - (1) 担当者職・氏名
 - (2) 連絡電話番号
 - (3) Fax番号
 - (4) Eメールアドレス

団 体 概 要 書

年 月 日

フリガナ				
団体名				
目的・活動 設立経緯				
所在地等				
	TEL :	FAX :		
	ホームページ :			
設立	年 月 日			
所管				
フリガナ				
代表者				
構成員	No	氏名	保有資格等	住所
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
	11			
	12			
構成員の人数 :		人		

記入欄が不足する場合は、別紙にてご提出ください。

組織の運営に関する定め（定款、規約、会則等）や会員名簿がある場合には、添付してください。

認知症カフェ概要書

年 月 日

							情報公開				
カフェの名称							区ホームページや広報等で公開します。				
運営主体・実施事業所											
実施内容・区民への周知方法											
開催日・開催頻度											
開催時間	時		分		～			時		分	
会場	【会場名称】										
	【住所】 品川区										
参加費	円/1人										
問合せ先											
事前の参加申込	要 ・ 不要										
カフェのPR (100字以内)											
運営スタッフ	運営スタッフ：_____人/1回 ※運営にあたる予定の人の氏名及び資格を有している場合は記載してください。(下記内容を含む名簿の添付も可)						区民等からの問合せに応じ、情報提供します。 ※運営スタッフの氏名は非公開				
	氏名	資格等	氏名	資格等	氏名	資格等					
参加人数 (見込み)	人/1回										
参加者への配慮											
開設日											

裏面もご確認ください。

茶菓等の 提供	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 提供予定品目【	】
	●提供方法	
	<input type="checkbox"/> 缶、ペットボトル等の飲み物、菓子等の食品は市販品をそのまま提供する	
	<input type="checkbox"/> 市販品や原材料を調理又は加工して提供	
	●品川区保健所での手続き等	
	<input type="checkbox"/> 相談済み（手続き不要）	
	<input type="checkbox"/> 相談済み（手続き済み）	
	<input type="checkbox"/> 相談していない	
	<input type="checkbox"/> 無	

認知症カフェを行う会場の間取り図 ※会場の様子が分かる写真等があれば添付

--

認知症カフェ【

】実施計画書

No.	実施年月日	実施時間	実施場所	実施内容
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

No.	実施年月日	実施時間	実施場所	実施内容
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

記載欄が不足する場合は、コピーしてご使用ください。