様式１

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 札幌市認知症カフェ認証申請書  令和　　年　　月　　日  高齢保健福祉部長　様  運営主体  住所  代表者名  札幌市認知症カフェ事業実施要綱第６条第１項の規定により、次のとおり認証を申請します。 | | | | |
| ※　運営主体の　要件を満たす  事業所 | 指定事業所コード番号 | | | 指定事業所名 |
| 認知症カフェ愛称 | １　愛称をつける（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　愛称をつけない | | | |
| ※開催場所 |  | | | |
| 収容人数・定員 | 収容人数　最大　　　　名 | | １定員を設ける　　定員　　　名  ２定員を設けない | |
| ※開催頻度  日程 | １定期（　　　　　　　　）  ２不定期 | | 日時 | |
| 主な対象地域 | １　全市　　２　（　　　　区）　　３（　　　　地区）  ４　その他　（　　　　　　　） | | | |
| 具体的な  取組み内容 |  | | | |
| ※ 参加費 | 円/回 | | | |
| 周知方法 |  | | | |
| * 主な従事者 |  | | | |
| ※ 認知症支援ボランティアの希望 | 希望人数　　名/回 | ボランティアの役割： | | |
| （連絡先） | （TEL：　　　　　　　　） | | | |
| 添付書類 | １　周知用のちらしまたはポスター  ２　開催会場の様子がわかるもの（※図面を提出。その他写真等） | | | |
| 協賛（予定）  事業者等 |  | | | |
| 上記の申請情報を札幌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。    運営責任者または担当者（自署） | | | | |

※の項目は申請時に必須記載項目