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