様式２

札介保第　　　　号

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　様

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部長

札幌市認知症カフェ認証通知

　　年　　月　　日付で申請されました「○○カフェ」につきまして、下記の番号で認証しましたので、通知いたします。

札幌市認知症カフェ認証№○○○○

|  |  |
| --- | --- |
| 認証後の  留意事項 | １）認証内容を変更する場合は、札幌市認知症カフェ変更届を提出してください。  ２）認証の取消しを希望する場合は、認証取消し届を提出してください。   1. 通知後、認証要件に適合しなくなった場合は、認証を取消す場合があります。 |

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課

担当者：

TEL：