様式３

|  |
| --- |
| 札幌市認知症カフェ変更届令和　　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認証No.下記のとおり、変更いたしましたので報告いたします。 |

※変更あった箇所のみ記載してください。ただし、担当者氏名と連絡先は変更がない場合も必ず記載してください。

変更前　　　　　　　　　　　　　　変更後

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症カフェ愛称 |  |
| 開催場所 |  |
| 収容人数定員 |  |
| 開催頻度日程 |  |
| 主な対象地域 |  |
| 具体的な取組み内容 |  |
| 参加費 |  |
| 認知症支援ボランティアの希望人数 |  |
| 認知症支援ボランティアの主な役割 |  |
| 担当者氏名（連絡先） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症カフェ愛称 |  |
| 開催場所 |  |
| 収容人数定員 |  |
| 開催頻度日程 |  |
| 主な対象地域 |  |
| 具体的な取り組み内容 |  |
| 参加費 |  |
| 認知症支援ボランティアの希望人数 |  |
| 認知症支援ボランティアの主な役割 |  |
| 担当者氏名（連絡先） |  |

備考：変更後のチラシまたはポスターを添付してください。