様式４

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 札幌市認知症カフェ実施報告書  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認証No.  平成○○年度に実施を予定していた札幌市認知症カフェについて、すべての開催が終了いたしましたので、下記のとおり実施結果を報告します。 | | | | | |
| 認知症カフェ愛称 |  | 開催場所 |  | | |
| ※開催日時  参加者数  （従事者も含む） | 開催日時：　　　　　　　 　　/ 参加者数：　　　　　名  （再掲：認知症の人　　名、家族　名、専門職　　　名、地域住民　　名、認知症支援ボランティア　　名、その他のボランティア　　名、その他　　　名） | | | | |
| 認知症支援  ボランティア | 実人数　　　 名　　　　　延人数　　　　　　名 | | | | |
| 認知症支援ボランティア従事者名  （　　　　　　　　　　　　　　：従事回数　　　　　回）  （　　　　　　　　　　　　　　：従事回数　　　　　回） | | | | |
| 取組み内容 |  | | | 参加費 | 円/回 |
| 周知方法 |  | | | | |
| 認知症の人や家族からの主な相談内容 |  | | | | |
| 実施効果（感想でも可） | １認知症の人や家族にとって  ２地域住民にとって  ３ボランティアにとって  ４主催者にとって | | | | |
| 添付書類 | 開催時の様子がわかるもの（※写真等） | | | | |

※ 把握が難しい場合は、おおよその人数を記載。

：

TEL：

※ 枠内に記載が難しい場合は、別紙資料参照とし、資料添付で提出することも可。