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。