様式第１号（第５条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

長泉町認知症カフェ登録申請書

　　　年　　　月　　　日

長泉町長　　　　　様

（実施主体）

所在地

団体又は事業者名

代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり、長泉町認知症カフェの登録を申請します。また、申請書の記載事項について長泉町のホームページや認知症ケアパス等に掲載することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 開催場所 |  |
| 開催日時 |  |
| 活動開始（予定）日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号・ＦＡＸ番号 | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| メールアドレス |  |
| ホームページアドレス |  |
| 参加者数（予定含む）・スタッフ数 | 参加者　　　　　　　　人スタッフ　　　　　　　人 |
| 常駐する専門職等 |  |

※裏面もご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 活動内容 |  |
| 食事提供の有無 | □有　　内容□無 |
| 参加費 | □有　　　　　　　　　円　□無 |
| 送迎の有無 | □有　　　　　　　□無 |

※添付書類

認知症カフェの開催場所を示す地図