様式第８号（第９条関係）

年度市川市認知症カフェ実施報告書

年　　月　　日

市川市長

法人名

事務所・事業所の所在地

代表者氏名

連絡先（電話）

（法人以外にあっては申請者の氏名及び住所）

年　　月から　　年　　月まで実施しました認知症カフェについて、下記のとおり実施結果を

報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認知症カフェとしての名称 | | | |  | | |
| 開催場所 |  | | | | 開催時間　　　：　　～　　： | |
| 開催日時・参加者数  （把握が難しい場合は、おおよその人数を記載）  ※ 別紙添付可 | 番号 | 月日（曜日） | | 参加者数 | ボランティア数  （内、認知症ｻﾎﾟｰﾀｰ数） | 運営スタッフ数 |
| １ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| ２ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| ３ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| ４ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| ５ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| ６ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| ７ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| ８ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| ９ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| １０ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| １１ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| １２ | 月　　日（　） | |  | （ 　　） |  |
| 実施内容 | | |  | | | |
| 開催効果  ※　相談対応状況、関係機関との連携状況等 | | |  | | | |