

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）
 （法人以外にあつ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、認知症サポーター数）	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					