（別紙１）

坂井市認知症カフェ運営実施計画書

１．実施日時

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の実施期間 | 令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで |
| カフェ名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 開催時間 | 実施場所 | 参加人数  (うち認知症) | 実施内容（予定） |
| 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 |  |  |  |  |
| １月　日 |  |  |  |  |
| ２月　日 |  |  |  |  |
| ３月　日 |  |  |  |  |
| 備考 | | | | |

２．運営スタッフ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 運営スタッフ | 名前 | 職種・資格等 | 資格の登録番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

３．継続意思確認

　・申請時から３年以上、認知症カフェを継続する意思について下記に記入ください。

|  |
| --- |
|  |

　・２年目、３年目以降の認知症カフェ運営実施計画見込について下記に記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 継続年数 | 実施期間 | 実施回数(見込) |
| 認知症カフェ２年目 | 令和　年　月から令和　年　月 | 回 |
| 認知症カフェ３年目 | 令和　年　月から令和　年　月 | 回 |