

年 月 日

（宛先） 鈴鹿市長

所 在 地

団体又法人等名称

代表者職及び氏名

印

鈴鹿市認知症カフェ登録申請書

鈴鹿市認知症カフェの登録を希望するため、鈴鹿市認知症カフェ登録事業実施要領第3条の規定により申請します。

なお、事業の実施に当たっては、鈴鹿市認知症カフェ登録事業実施要領及び関係法令の規定を遵守します。

登録名称		
従事者数		人
第2条第3号に規定する従事者の職種等		保健師・看護師・社会福祉士・その他（ ） 受講した研修名（ ）
実施担当者の連絡先	氏名	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	
	所在地	
ステッカーの交付		希望する ・ 希望しない
のぼり旗等の交付		希望する [1 , 2] セット ・ 希望しない

※ 裏面も記入してください。

実施日時	毎週 ・ 隔週 ・ 毎月 ・ 隔月 () 曜日, 時間 : ~ :
実施場所	名 称 : 所在地 :
対象者	
参加費	あり (円) ・ なし
予約の有無	予約制 ・ 予約不要
定員	人 ・ なし
活動内容	認知症の人やその家族の相互交流及び情報交換 認知症についての相談 家族の介護負担の軽減 認知症についての啓発

※活動内容が分かる書類がある場合は、添付してください。