

様式第2号（第7条関係）

利根町認知症カフェ実施計画書

カ フ エ 名 称			
対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
会場の名称・住所	名称： 住所：〒 (利用可能人数： 人)		
開催日時・回数	日程： 時間：全 回予定		
参 加 費	参加費：有（ 円/人）・無	送 迎	有 ・ 無
運 営 ス タ ッ プ	専門職： 人(職種： その他： 人計 人)		
(１) 目的			
(２) 実施内容			
(３) 相談対応について			
(４) 関係機関との連携について			
(５) 周知方法について			