

様式第 1 号（第 3 条関係）

認知症カフェ認証申請書

年 月 日

（宛先） 静岡市長

住所

申請者 氏名

電話

認知症カフェについて認証を受けたいので、静岡市認知症カフェ認証事業実施要綱第 3 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 認知症カフェの名称

2 認知症カフェの所在地

3 添付書類

事業計画書（様式第 2 号）

様式第2号（第3条、第8条関係）

事業計画書

対 象 圏 域		区			圏域	
名 称						
開 催 場 所		区				
会 場 責 任 者		団体内職名		氏 名		
No.	実施予定日時		内 容		医療、介護等の専門職等の氏名	
1	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
2	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
3	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
4	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
5	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
6	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
7	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
8	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
9	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
10	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
11	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					
12	年 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時					