様式第1号(第6条関係)

ふくつオレンジカフェ登録申請書

　　年　　月　　日

福津市長　様

申請団体等　所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　㊞

ふくつオレンジカフェ登録事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり登録申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請団体等 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | |
| 団体等  の種別 | 地域住民団体 / ボランティア団体 / ＮＰＯ法人 / 社会福祉法人 /  医療法人 / 介護事業所 / 福祉施設 / 医療機関 / その他（　　　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | |
| 認知症カフェの名称 | |  | | | | | 開設日 | | 年　　月　　日 | |
| 開催場所 | |  | | | | | | | | |
| 開催頻度・日時 | |  | 定期 |  | | | | | | |
|  | 不定期 |
| 設置目的  （該当する項目に○） | |  | 参加者同士の相互交流及び情報交換 | | | | | | | |
|  | 認知症の人を介護する家族の負担軽減 | | | | | | | |
|  | 認知症状の悪化予防 | | | | | | | |
|  | 地域での認知症の啓発 | | | | | | | |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 従事者の配置 | | 人／回（内訳：専門職　　人 ／ ボランティア・その他　　　人） | | | | | | | | |
| 定　員  （最大収容人数） | |  | 有（　　　　名） | | 参加費 | | |  | | 有（　　　円／回） |
|  | 無 | |  | | 無 |
| 具体的な活動内容 | | 事前の参加申込（　要　・　不要　） | | | | | | | | |
| 担当者・問合わせ先 | | ： | | | | 電話：  FAX： | | | | |

※添付資料

活動内容（予定含む。）の分かる資料（チラシ・パンフレット・広報誌等）