様式第９号

佐久市認知症カフェ（オレンジカフェ）実施報告書

|  |
| --- |
| 個人名又は団体代表者名 |
| 電話番号 |

|  |
| --- |
| 開催日程、開催場所（開催日程表などがあれば添付） |
|  |
| 運営スタッフ（運営に携わった人の氏名及び資格を有している場合は記載する）※氏名については非公開　名簿添付も可 |
| 氏　名 | 資格等 | 氏　名 | 資格等 | 氏　名 | 資格等 |
|  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 | 資格等 | 氏　名 | 資格等 | 氏　名 | 資格等 |
|  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 | 資格等 | 氏　名 | 資格等 | 氏　名 | 資格等 |
|  |  |  |  |  |  |
| 実施内容（事業内容がわかるような参考資料があれば添付） |
| <記載例>・月別参加者数（本人、家族、地域住民、スタッフ等の構成別人数：別紙添付可）・体操や脳トレ、レクリエーション、ミニ講話を実施・専門職による個別相談を行い、地域包括支援センター等と連携・地域にある通いの場との交流 |
| 周知方法 |
| <記載例>・地域包括支援センターや介護事業所にチラシを配布する |