様式第１号の２

佐久市認知症カフェ（オレンジカフェ）実施計画書

|  |
| --- |
| 個人名又は団体代表者名 |
| 電話番号 |

|  |
| --- |
| 開催日程、開催場所（予定表などがあれば添付） |
|  |
| 運営スタッフ（運営にあたる予定の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 |
| (例)佐久花子 | キャラバン・メイト |  |  |  |  |
| 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 |
| <記載例>・毎回、参加費 　　円/人を集める・体操や脳トレ、レクリエーション、ミニ講話を実施する・必要に応じて、専門職による個別相談を行い、地域包括支援センター等につなぐ・地域にある通いの場と交流する |
| 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 |