

小牧市認知症カフェ事業計画書

カフェの名称							
実施場所	〒 住所： (施設等であればその名称)						
開設時期							
開催日程							
責任者	職種及び氏名 () 連絡先 ()						
運営スタッフ	常時配置するスタッフの人数 () 人 うち、専門職の人数 () 人 専門職で運営にあたる予定がある者の職種 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 医師</td> <td><input type="checkbox"/> 看護師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 社会福祉士</td> <td><input type="checkbox"/> 精神保健福祉士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師						
<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士						
<input type="checkbox"/> その他 ()							
参加者の見込み	1回あたり () 人						
利用者負担	<input type="checkbox"/> 有 (1人1回 円) <input type="checkbox"/> 無						
具体的な取組内容	実施方法、実施内容等について詳しく記載してください。						

※「方針」や「認知症の方及び家族等が安心して集い、交流する場の提供と交流の促進」、「家族等の介護者の不安・負担を軽減するような取組」など