

令和 年度 大刀洗町認知症カフェ運営補助事業実施報告書

カフェ名称

開催場所

実施日時	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
	年 月 日 : ~ :	参加者 名	スタッフ 名	ボランティア 名
実施内容				
相談内容	相談区分	相談件数	周知方法	
	認知症の症状について			
	病院受診について			
	対応の仕方、関わり方について		その他	
	介護保険サービス等について			
	その他			
	計			

※実施日時は、適宜追加してください。

※事業がわかるような参考資料があれば別途添付も可