様式第２号

事　業　計　画　書

事業者・団体名：

※こうべオレンジカフェの運営主体　　　　（登録№　　　　　)

■オレンジカフェの概要・事業内容

|  |  |
| --- | --- |
| オレンジカフェ名称 |  |
| オレンジカフェ所在地 | 〒 |
| オレンジカフェ連絡先 | 担当者名：  電話番号： |
| 開設日 |  |
| 開　設 目 的 |  |
| 活 動 内 容 |  |
| 開催日時  （予　定） | 日程：　　　　　　　　　　　　　　（例：第１、第３火曜日など）  時間：１回　　　　分　（　　　時　　　分～　　　時　　　分） |
| 運営スタッフ | スタッフ人数：　　　　　名  うち医療・介護の専門職：　　　　　名  （職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　認知症サポーター：　　　　　　名  　　その他、認知症の知識を有し認知症の人に対応した経験  　　を有する者：　　　　　名 |
| 参加費 | 参加費の有無：　　有　　　・　　　無  参加費：　　　　　　円／回 |
| 参加見込人数 | 人／回 |

■書類送付先　※原則、交付申請書記載の事業者・団体の所在地および代表者あてに送付

　　　　　　　 上記以外に送付希望の場合のみ以下に記載

|  |  |
| --- | --- |
| ※事業者・団体の  所在地および代表者  以外へ送付する場合 | 住所：〒  氏名：  電話番号： |