様式第９号

実　施　内　容　報　告　書

事業者・団体名：

※こうべオレンジカフェの運営主体

■実施内容・成果等

|  |  |
| --- | --- |
| オレンジカフェ名称 |  |
| 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 |
| 活 動 内 容 |  |
| 開催回数 | 　　　　　　　　回 |
| 活動の成果 |  |
| 今後の展望・課題等 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催日 | 開催時間（単位：分） | 参加者（単位：人） | スタッフ（単位：人） | 各回の実施内容（特記事項） |
| 本人 | 家族 | 地域住民等 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

■参加状況　※行が足りない場合、別紙に記載すること

様式第９号（別紙）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催日 | 開催時間（単位：分） | 参加者（単位：人） | スタッフ（単位：人） | 各回の実施内容（特記事項） |
| 本人 | 家族 | 地域住民等 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

■参加状況