様式第1号 (第7条関係)

年間実施計画書

葛󠄀城市長　　様

令和　　　年　　　月　　　日

（申請者）

所在地

氏名（代表者）　　　　　　　　　 ㊞

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 運営主体 |  |
| 開催日程  （予定表等があれば添付） |  |
| 開催場所 |  |
| 開催時間 |  |
| 運営スタッフ　　 　　　　　　　（運営に当たる予定があり、資格を有する者の人数を記入） | 看護師　　（　 　　　　）人 保健師 （　 　　　　）人  介護支援専門員 （　 　　　　）人 社会福祉士 （　　　 ）人  介護福祉士　　（　 　　　　）人  その他（　　　　　　　　　　　）（　 　　　　）人 |
| 参加対象者  （○を付けてください。） | ①　認知症の方　 ②　認知症の方の家族  ③　若年性認知症の方　 ④　若年性認知症の方の家族  ⑤　６５歳以上の認知症予備軍の方　 ⑥　６５歳以上の認知症予備軍の方の家族  ⑦　その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業内容 | |
| (1)　実施内容 | （１回参加費：　　　　　　円）  ※事業の内容を詳しく記載してください。 |
| (2)　相談対応について |  |
| (3)　地域と交流、関係機関との連携について |  |
| (4)　周知方法について |  |
| (5)　事業者のＰＲ |  |