

# FAX送信 078-271-5366

福祉部 福祉事業課

様式第5号

こうべオレンジカフェ実施報告書 (R . 月~R . 月)

令和 年 月 日

神戸市長 宛

団体名・事業者名

住所

代表者名

令和 年 月~令和 年 月に実施しましたこうべオレンジカフェについて、下記のとおり実施結果を報告します。

名 称	開催場所		
カフェ登録No.			
開催日時	①	月	回 人
	②	月	回 人
	③	月	回 人
	④	月	回 人
	⑤	月	回 人
	⑥	月	回 人
参加者数 (従事者も含む)	1回あたりの平均参加者数： 人/回 (計 人) *把握が難しい場合は、おおよその人数を記載してください  内訳：認知症の人 名、家族 名、 専門職 名 (医師 名・あんしんすこやかセンター職員 名) 地域住民 名、認知症サポーター等のボランティア 名 その他 名		
相談に対応した 場合、記入して 下さい。	①あんしんすこやかセンターに相談・紹介 ( ) 件 ② ( ) に相談・紹介 ( ) 件		
特記事項 (イベントの開 催等)			
お気づきの ことがあれば ご記入下さい			