

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.	
開催状況 開催回数 および 参加者のべ数 (従事者も含む)	① 月 回 人
	② 月 回 人
	③ 月 回 人
	④ 月 回 人
	⑤ 月 回 人
	⑥ 月 回 人
	上記の1回あたりの平均参加者数： 人/回 (①~⑥の合計数 人) ※従事者や見学者なども含めて、全ての人数を記入してください 把握が難しい場合は、おおよその人数を記入してください ※↓内訳も、上記開催時の参加者全ての人数(のべ人数)を記入してください 内訳：認知症の人 名、家族 名、 専門職 名 (内訳：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(見学者など) 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
主な内容 (イベントや講座 の開催内容)	
お気づきの ことがあれば ご記入下さい	