様式第１号（第４条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 土浦市認知症カフェ登録申請書  　　年　　月　　日  （申請先）土浦市長  住所又は所在地  申請者　氏名又は名称  代表者の氏名  土浦市認知症カフェ登録事業実施要項第４条の規定により、次のとおり登録を申請します。 | | |
| 開催場所の名称 | 認知症カフェの愛称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 開催場所の所在地 | 〒 | |
| 開催場所の連絡先 | ＴＥＬ  ＦＡＸ | |
| 定　　員 | １　定員を設ける（定員　　　人）。  ２　定員を設けない。 | |
| 開催予定回数  及び日程 | 年　　回 | 日程　※　開催予定を記入すること。 |
| 参加費 | 円／回 | |
| 従事者の資格等 | ※　資格等の写しを添付して下さい。 | |
| 担当者の氏名及び所属（連絡先） | 氏名  所属  （ＴＥＬ）  （ＦＡＸ）  （電子メール） | |
| 運営責任者の氏名及び所属（連絡先） | 氏名  所属  （ＴＥＬ） | |