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 | ＴＥＬＦＡＸ |
| 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） |