〈別　紙〉

派遣申込書

提出先 京都府高齢者支援課地域包括ケア推進係（FAX:075-822-3574）

１　申込者の連絡先

団体名	
役職・氏名	
電話番号／FAX	電話　　FAX
E-mail	
この中で連絡可能な方法があればご記入ください	□Skype　□zoom　□LINE　□その他（　　） ※可能であれば ID をご記載ください（　　）

２　派遣を希望する認知症カフェの概要

名　　称	（開設年月日：　　）
実施団体名／運営母体	
開催場所(住所･会場名)	
開催日・頻度	
開催時間／参加費	時　分　～　時　分　／　参加費　　円
送迎等の有無	送迎　有・無　／　駐車場　有・無
参加者 （１回当たり）	認知症当事者　人　／　家族　人 地域住民　人　／　その他　人
スタッフの内訳	
大切にしていること	
課題に感じていること	

３　希望する支援の内容

希望する支援の内容	□リモート開催に係るアプリ・端末の操作補助 □通信端末の貸与 □認知症カフェのリモート開催に係る企画提案・補助 □認知症当事者リモート交流会の企画立案 □リモート会議の運営を支援する ICT の専門家の派遣 □（オンラインによる）認知症カフェにおける支援者の人材育成やネットワークづくりの支援 □運営主体者の認知症カフェの理念や目的の合意形成の支援 □目的、対象、人員、予算等に応じた活動内容の提案 □地域および施設設備等の環境評価と環境調整の提案 □認知症カフェでの本人参加支援、本人ミーティングの実施支援 □その他（　　）