FAX　075-754-6602

令和7年度　京都認知症カフェ連絡会　加入申請書

加入継続申込日　令和7年　　月　　日

京都認知症カフェ連絡会代表世話人　武地　一　様

令和6年度京都認知症カフェ連絡会に加入を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| カフェ名称 |  |
| 運営団体 |  |
| 運営団体連絡先（担当者氏名） | 住　　　所：〒　　‐　　　　　　担当者氏名：　　　　　　　　　（役職名：　　　　　）電話番号　：メールアドレス：＊今後の連絡は原則メールにて行いますので必ずご記載下さい。 |
| 運営形態 | □行政からの委託による運営　　□運営主体独自の運営　　　□その他 |
| カフェの基本情報欄 |
| 開催日 |  |
| 時間 | 時　　　分　～　　時　　　分 |
| 参加対象者 | □本人・家族　　□一般住民　（複数回答可） |
| 参加費 | □有料（　　　　　　円）　　　□無料 |
| カフェの特色（当てはまるもの全てにチェックしてください。）特筆事項があれば欄にご記入下さい | □情報提供  |  |
| □社会参加（本人） |  |
| □社会参加（若年本人） |  |
| □社会参加（一般住民） |  |
| □家族支援 |  |
| □ピアサポート  |  |
| □医療初期対応 |  |

事務局メールアドレス

京都府作業療法士会事務局気付：kyoto.ot.ninchisho@gmail.com

＊会費区分

①医療法人、社会福祉法人、財団法人、社団法人、株式会社、行政　年会費3,000円

②特定非営利活動法人（NPO） 　　　　 　 年会費2,000円

③任意のボランティア　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　年会費1,000円