

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 ☐ カフェ再開に向けた感染予防対策の提案 ☐ 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（ ）
-----------	--