**派遣申込書**

〈別　紙〉

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 | □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  □広報エリアの選定とその方法の提案、実施支援  □認知症カフェ開催・再開に向けた感染予防対策の提案  □継続または新たな展開に向けた提案と具体的支援  □認知症カフェ当日活動での運営支援（認知症カフェへの参加）  □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  □認知症カフェにおける支援者の人材育成や支援者ネットワーク  の支援  □認知症カフェを通じた地域づくりに関わる専門職の参画支援  □認知症カフェのリモート開催に係る企画提案・補助（端末操作  等含む）  □通信端末の貸与  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |