

第1号様式（第3条関係）

春日井市認知症カフェ登録申込書

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住所

氏名

（名称及び代表者氏名）

春日井市認知症カフェ登録要綱に基づき、次のとおり登録の届出をします。

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-------|
| フリガナ | | | |
| 店舗・施設名 | | | |
| 所在地 | （郵便番号） | | |
| 担当者名 及び連絡先 | Tel : | | Fax : |
| | E-mail : | | |
| | ホームページURL | | |
| 営業時間等 | | 交流会 | あり・なし |
| 備考 | | | |
| 次の事項を実施します。 1 市内に店舗等を有し、認知症の人やその家族が利用しやすい環境を提供する。 2 認知症サポーター養成講座の受講者又は3か月以内に認知症サポーター養成講座を受講できる者を1名以上配置する。 3 家族介護者支援センターと連携する。 4 認知症徘徊高齢者SOSネットワークへの登録又は認知症サポーター、認知症見守りボランティア等との協力体制を確立するよう努める。 | | | |

上記事項を行わなかった場合等、市が不適切と認めた場合は登録を取り消すことがあります。

第2号様式（第3条関係）

春日井市認知症カフェ登録証



第3号様式（第4条関係）

春日井市認知症カフェ登録変更届

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住所

氏名

（名称及び代表者氏名）

| | |
|---------------|------|
| 店舗・施設名 | |
| 所在地 | |
| 担当者名 及び連絡先 | Tel: |

認知症カフェの登録を次のとおり変更したいので届け出ます。

| | | |
|------|---------|-----|
| 変更時期 | 年 月 日から | |
| 変更理由 | | |
| 変更内容 | 変更前 | 変更後 |
| | | |

※変更する事項名（名称・電話等）も記入してください。

第4号様式（第5条関係）

春日井市認知症カフェ登録廃止届

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住所

氏名

（名称及び代表者氏名）

| | |
|---------------|------|
| 店舗・施設の名称 | |
| 所在地 | |
| 担当者名 及び連絡先 | Tel: |

認知症カフェの登録を廃止したいので届け出ます。

| | |
|------|---------|
| 廃止時期 | 年 月 日から |
| 廃止理由 | |

第5号様式（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市認知症カフェ登録取消通知書

認知症カフェの登録を、次のとおり取り消しましたので、通知します。

| | |
|----------|-------|
| 抹消年月日 | 年 月 日 |
| 店舗・施設の名称 | |

取消となった理由

| |
|--|
| |
|--|