枚方市認知症カフェ設立支援事業

様式第2-②

令和　　年　　月　　日

認知症カフェ運営スタッフ研修　実施企画書

　認知症カフェ名称（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 起案理由 |  | | | |
| 研修名称 |  | | | |
| 開 催 日 |  | | | |
| 開催場所 | 会場名称  所　在　地 | | | |
| 講　　師  及び  従事スタッフ | 講 師 名　　　　　　　　　　　　　　　（所属機関名　　　　　　　　　　　）  講師資格  ※　資格証明書類添付　有　・　無（実施報告時に添付） | | | |
| 従事スタッフ数：　　　　　　名 | | | |
| 研修規模 | 主な対象  定　　　員 | **所属団体以外の参加　有・無　　　※無…助成対象外** | | |
| 受付方法 | 手　　段  決定方法 | 電話・ＦＡＸ・はがき・その他（　　　　　　　　　　　　　　）  先着・抽選・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| タイム  スケジュール | 時　　間 | 内　　容 | | 担　当　者 |
|  |  | |  |
| 周知方法 |  | | | |
| 備　　考 | 配付資料  開催案内チラシ | | なし　　・　　あり（別添のとおり、後日添付）  別添参照 | |
|  | | | |