

## 令和 8 年度 事業計画書（認知症の人と家族に対する支援活動）

令和 年 月 日

ふりがな			
団体名			
ふりがな			
事業の名称			
開催場所 最寄り駅・駐車場等			
事業の目的			
認知症の相談対応			
参加費用等			
周知方法			
認知症地域支援推進 員との連携			
運営スタッフ（運営にあたる予定の人の氏名及び資格を有している場合記載ください）			
氏名	資格等	氏名	資格等
	認知症地域支援推進員		チームオレンジ メンバー

## 令和 8 年度 事業計画書（認知症の人と家族に対する支援活動）

事業名 \_\_\_\_\_ 要件：おおむね 2 か月に 1 回以上の開催

月日	時間	内 容

必要な枚数をコピーしてご使用ください

## 令和 8 年度 事業計画書（認知症の人の社会参加支援活動）

令和 年 月 日

ふりがな			
団体名			
ふりがな			
事業の名称			
事業の開催日時	年	月	日 ( ) : ~ :
開催場所 最寄り駅・駐車場等			
事業の目的			
本人参画の目的、 役割			
認知症の相談対応			
参加費用等			
周知方法			
認知症地域支援推進 員との連携			
運営スタッフ（運営にあたる予定の人の氏名及び資格を有している場合記載ください）			
氏名	資格等	氏名	資格等
	認知症地域支援推進員		チームオレンジ メンバー

