

認知症サロン活動事業計画書

申 請 者

サロン名 _____

代表者住所 姫路市 _____

連絡先 _____

代表者名 _____

活動（設置）場所	小学校校区	担当地域包括支援センター
<名称>		
<住所> 姫路市		地域包括支援センター

1 開催頻度、時間

月（ ）回

曜日	開催時間	時間数
第（1・2・3・4・5） 曜日	（午前・午後） 時 分～（午前・午後） 時 分	分
第（1・2・3・4・5） 曜日	（午前・午後） 時 分～（午前・午後） 時 分	分
第（1・2・3・4・5） 曜日	（午前・午後） 時 分～（午前・午後） 時 分	分
第（1・2・3・4・5） 曜日	（午前・午後） 時 分～（午前・午後） 時 分	分

2 参加予定人数など

（ ）人 うち年齢65歳以上（ ）人

3 認知症サポーター

参加（あり ・ なし） 【ありの場合 人数（ ）人】

4 認知症サポーター養成講座や認知症に関する講座の開催予定

（ ）月頃開催予定

5 補助金の受給

（ 希望する ・ 希望しない ）

実施計画書

1 通常のサロンのプログラム 茶話会は30分以上開催してください。

内容	実施時間	時間数
	(午前・午後) 時 分～(午前・午後) 時 分	分
	(午前・午後) 時 分～(午前・午後) 時 分	分
	(午前・午後) 時 分～(午前・午後) 時 分	分
	(午前・午後) 時 分～(午前・午後) 時 分	分
	(午前・午後) 時 分～(午前・午後) 時 分	分

2 年間のサロンのスケジュール

※活動内容等は、「1 通常のサロンのプログラム」以外に開催するものがあれば記入してください。

月	日	活動内容等	月	日	活動内容等
4月			10月		
5月			11月		
6月			12月		
7月			1月		
8月			2月		
9月			3月		