****

**これから認知症カフェを始めたい方、**

**認知症カフェを運営している皆様へ**

**～広報活動を支援します～**

認知症の本人や家族が安心して過ごせる場、認知症について相談できる場、ほっと安心できる居場所として、認知症カフェの情報提供をお待ちしております。



**～よくある質問例～**

**Q. どんな支援が受けられますか？**

認知症カフェマップ、ホームページに掲載するほか、チラシの周知に協力します。

**Q. チラシはどこに配布するのですか？**

長寿社会課の窓口や地域包括支援センター・介護支援センターで配布するほか、

認知症若年性コーディネーター、認知症サポーター養成講座の受講者や、希望者に

配布しています。

**Q. 申し込みはどうしたらいいですか？**

認知症カフェのチラシができたら、次のページの盛岡市認知症カフェ情報提供書を記入し、ご提出ください。

認知症カフェの立ち上げについては、地域に詳しい専門職をご紹介できますので、

お気軽にお問合せください。

**Q. これから認知症カフェをやりたいと思うんですが…？**



**その他、認知症カフェについてのご相談や、申請している内容が変更になった際はいつでもご連絡ください**

**【連絡先】盛岡市長寿社会課地域ケア係**（中村・大浦）

**TEL：613-8144**　Fax：653-2839

E-mail ：chouju@city.morioka.iwate.jp



**記載例**

盛岡市認知症カフェ情報提供書（新規・変更）

令和**５**年**4**月**１**日

盛岡市長寿社会課宛て

運営主体名　　　　**株式会社盛岡**

様式１

代表者氏名　　　　**盛岡　太郎**

認知症カフェ開催状況について次のとおり情報提供いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | **盛岡認知症カフェ** | |
| 開催会場 | 【会場名】  **株式会社盛岡　１階　交流スペース**  【会場住所】  **〒020-8530　盛岡市内丸12番２号** | |
| 開催日時 | １．定期【　毎・隔　月　第（**１**）（**月**）曜日**13：00～15：00**】  ２．不定期  ３．その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ※いずれかに○をし、定期開催の場合は、右に詳細をご記入ください。 | |
| 開催内容  およびPRなど | **認知症に関するミニ講座、カフェタイム、参加者の情報交換** | |
| 参加費 | **100円（コーヒー代）** | |
| 主催団体  協力団体 | 【主催団体】**株式会社盛岡**  【協力団体】**〇〇地域包括支援センター** | |
| 主な従事者 | **保健師、看護師、認知症地域支援推進員、認知症サポーター** | |
| 問合せ先 | 電話番号 | **019-613-8144** |
| FAX | **019-653-2839** |
| E-mail | **chouju@city.morioka.iwate.jp** |
| 担当者氏名 | **盛岡　花子（保健師）** |
| その他  （対応可能な時間帯等） | **平日8:30～17:45まで** |

盛岡市認知症カフェ情報提供書（新規・変更）

様式１

令和　　年　　月　　日

盛岡市長寿社会課宛て

運営主体名

代表者氏名

認知症カフェ開催状況について次の通り情報提供いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | |
| 開催会場 | 【会場名】  【会場住所】  〒 | |
| 開催日時 | １．定期【　毎・隔　月　第（　）（　）曜日　　：　～　：　　】  ２．不定期  ３．その他  ※いずれかに○をし、定期開催の場合は、右に詳細をご記入ください。 | |
| 開催内容  およびPRなど |  | |
| 参加費 |  | |
| 主催団体  協力団体 | 【主催団体】  【協力団体】 | |
| 主な従事者 |  | |
| 問合せ先 | 電話番号 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| 担当者氏名 |  |
| その他  (対応可能な時間帯等) |  |