認知症カフェに係る情報の公表に関する同意書

岩国市ホームページ等において、下欄の内容の全部又は一部を公表することに

ついて同意します。

　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

団 体 名

代表者名

（　　　　　　　　年　　　　月　　　　日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| カフェの名称 |  |
| 団体名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先（電話） |  |
| 連絡先（ファックス） |  |
| 開催地の住所 |  |
| 開催施設名称 |  |
| 活動内容 |  |
| 専門職  （該当するほうに☑） | □　あ　り（保有資格：　　　　　　　　　　）　・　□　　な　し |
| 参加できる区域 |  |
| 開催日 | 月　　　　　回　　　　　第　　　　　　　曜日 |
| 開催時間 | 時　　　　分　～　　　　　　時　　　　分 |
| 参加費等 |  |

※内容に変更が生じた場合は、速やかに市へ届け出てください。