　　事業計画書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| カフェの名称 |  | |
| 運営団体の名称 |  | |
| 事業区分 | * 新規事業 * その他（　年目）   ※カフェ運営に関しての他の補助金受給　□有　□無 | |
| 事業の目的 |  | |
| 事業の内容 | ※認知症サポーター養成講座の実施計画（　月頃） | |
| 開催日時 | 毎月第　　曜日　　時～　　時　実施予定 | |
| 事業実施期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |
| 実施会場 | 所在地  建物名  利用可能人数　　　人 | |
| 今後３年間の  展望 |  | |
| 運営スタッフ | 計　　人  うち認知症サポーターステップアップ研修修了者　人 | |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |