様式３（第９条関係）

函館市認知症カフェ変更届

年　　月　　日

函館市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　運営団体

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　函館市認知症カフェ認証No.

下記のとおり，変更しましたので届け出ます。

記

〈変更前〉　　　　　　　　　　　　　　　　　〈変更後〉

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | 担当者名℡ |
| 認知症カフェ名称 |  |
| 開催場所 |  |
| 定員 |  |
| 開催日程 |  |
| 内容 |  |
| 従事者 |  |
| 参加費 |  |
| 協力等事業者（予定） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | 担当者名℡ |
| 認知症カフェ名称 |  |
| 開催場所 |  |
| 定員 |  |
| 開催日程 |  |
| 内容 |  |
| 従事者 |  |
| 参加費 |  |
| 協力等事業者（予定） |  |

1. 変更があった箇所のみ記載してください。ただし，連絡先は変更がない場合も必ず記載してくだ

さい。

1. 変更後のチラシ等を添付してください。