

事業報告書

1. 団体名称
2. 認知症カフェとしての名称
3. 認知症カフェ設置場所 太田市
4. 認知症カフェ開設年間報告 実施回数 回

No.	開催日	曜日	開催時間	内 容	参加人数 (補助対象 団体除く。)
1					名
2					名
3					名
4					名
5					名
6					名
7					名
8					名
9					名
10					名
11					名
12					名
13					名
14					名
15					名

※枠が足りない場合は、行を追加するか用紙をコピーして記載してください。