

認知症カフェ情報掲載確認票

令和 年 月 日

名 称		
カフェの 情報	所在地 開始年月日	〒 新潟市 区 令和 年 月 日開始
	実施主体名	
	開催場所	
	人員体制 時間・参加費	
	問い合わせ先	T E L :
	担当者	
	カフェから の一言 (任意)	

情報の公開について

同意いただいた場合、「認知症カフェ」として、市ホームページによる情報の公開を行いたいので、下記によりご意向をお伺いします。

この情報公開は、認知症の人やその家族の方、地域の方が相談ごと、悩みごとなど、気軽に話ができる場所として知っていただく、一助となることを目的としたものですので、趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。(チラシ等ございましたら、送付をお願いいたします。)

※一部同意の場合は、情報公開可能の項目を欄に記入してください。

- ・ 新潟市ホームページによる公開

同意します

同意しません

一部同意します [

]

情報の変更がある場合は、随時、下記にご連絡頂きますよう宜しくお願いいたします。

新潟市福祉部地域包括ケア推進課

T E L : 025-226-1281