

令和2年度岩手県「認知症カフェ」等情報連絡会 情報交換用資料

認知症カフェ名称

所 属

氏 名

※1 認知症カフェを設置・運営していない場合は、自身が開設したいカフェのイメージや認知症カフェに関心を持つようになった経緯を記載してください。

1 自身のカフェの強み（特長やアピールポイント） 又は 開設したいカフェのイメージ

2 自身のカフェの弱み（課題等） 又は カフェに関心を持った経緯

※2 情報連絡会当日はこの資料とご自身のカフェのチラシ（開催案内等）をご持参願います。