鹿児島県認知症応援大使

別紙１

活動依頼書

　　　年　　　月　　　日

　鹿児島県高齢者生き生き推進課長　様

|  |
| --- |
| 機関・所属： |
| 担　当　者： |
| 電話番号： |
| メール： |

|  |  |
| --- | --- |
| 会議・イベント名 |  |
| 希望する日時 | 令和　　年　　月　　日（　　曜日）時　　分　～　　時　　分　まで（　　時間） |
| 場所 |  |
| 内容 |  |
| 活動を希望する大使 | ☐　有　　大使氏名（　　　　　　　　　　　　）☐　無 |
| 報償費の有無 | 大使本人　　☐有（　　　　　円）　　　　　　☐無支援者　　　☐有（　　　　　円）　　　　　　☐無 |
| 交通費の有無 | 大使本人　　☐有（　　　　　円）　　　　　　☐無支援者　　　☐有（　　　　　円）　　　　　　☐無 |
| 留意事項 | ※大使に活動していただくにあたり連絡事項があれば記載してください。 |

提出先：鹿児島県高齢者生き生き推進課認知症・生活支援係

　　　　　　　　　　　　　 　　nintitaisaku@pref.kagoshima.lg.jp