**別紙１**

あきたオレンジ大使（認知症希望大使）活動依頼書

秋田県健康福祉部長寿社会課長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　email

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名（イベント・研修会等） |  |
| 事業内容（参加人数、対象者、報道への公開・非公開等） |  |
| 大使への依頼内容 |  |
| 希望する日時 |  |
| 会　場 |  |
| 報償費・交通費 | 報償費　有・無交通費　有・無 |
| 希望する大使の氏名 | 　　　　 |

活動希望日の原則４週間前までに提出してください。

報償費・交通費は、依頼元が直接支払ってください。

送付先：秋田県健康福祉部長寿社会課（Chouju@pref.akita.lg.jp）