

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)