**別紙２**

あきたオレンジ大使（認知症希望大使）活動報告書

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） |  |
| 参加人数 |  |
| 実施日時 |  |
| 会　場 |  |
| 参加した大使の氏名 |  |
| 参加者の声 |  |
| 感想・意見等 |  |

活動終了後、原則１週間以内に提出してください。

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