

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)