

## 京都府認知症応援大使活動依頼書

年 月 日

京都府高齢者支援課長 様

機関名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL) \_\_\_\_\_

連絡先 Mail) \_\_\_\_\_

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 依頼種別                   | <input type="checkbox"/> 講演会・研修等への出講<br><input type="checkbox"/> 広報誌・広報映像等への寄稿・出演（取材）<br><input type="checkbox"/> ピアサポート活動<br>（認知症カフェ、本人ミーティング等つどいの場での支援活動）<br><input type="checkbox"/> 認知症に関する取組への提案・企画<br>（取組の企画会議への参画、アンケートへの協力、商品モニター等）<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 依頼内容                   |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 希望する日時                 |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 希望する場所                 |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 謝 礼                    | 大使 有（                  円） ・ 無<br>支援者 有（                  円） ・ 無 <b>【注】</b>                                                                                                                                                                                                  |
| 交通費                    | 大使 有（                  円） ・ 無<br>支援者 有（                  円） ・ 無 <b>【注】</b>                                                                                                                                                                                                  |
| 支払方法                   |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 希望する大使<br>の氏名<br>または人数 |                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**【注】**

ご依頼内容により、大使の支援者（ご家族ほか関係機関の支援者）とともに活動される場合があります。この場合の支援者への謝礼・交通費の有無をご記入ください。

## 京都府認知症応援大使活動依頼書

令和 7 年 8 月 1 日

京都府高齢者支援課長 様

※原則、ご希望の日時の4週間前までに  
ご依頼ください。

機関名 京都府

担当者名 ■■ ■■

連絡先 TEL) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

連絡先 Mail) □□□@pref.kyoto.lg.jp

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 依頼種別                   | <input checked="" type="checkbox"/> 講演会・研修等への出講<br><input type="checkbox"/> 広報誌・広報映像等への寄稿・出演（取材）<br><input type="checkbox"/> ピアサポート活動<br>（認知症カフェ、本人ミーティング等つどいの場での支援活動）<br><input type="checkbox"/> 認知症に関する取組への提案・企画<br>（取組の企画会議への参画、アンケートへの協力、商品モニター等）<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 依頼内容                   | 「〇〇〇研修会」<br>専門職を対象とした研修会での講演。診断された後から現在までの<br>経験をお話いただきたい。<br>※大使にご依頼されたい活動内容を具体的にご記載ください。                                                                                                                                                                                             |
| 希望する日時                 | 令和 7 年 9 月 21 日（日）14 時～15 時<br>※複数の候補日をご記載いただいても構いません。                                                                                                                                                                                                                                 |
| 希望する場所                 | 京都府庁                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 謝 礼                    | 大 使 <input checked="" type="checkbox"/> （ 〇〇〇〇円） ・ 無<br>支援者 <input type="checkbox"/> （ 円） ・ <input checked="" type="checkbox"/> 【注】                                                                                                                                                    |
| 交通費                    | 大 使 <input checked="" type="checkbox"/> （（実費相当）円） ・ 無<br>支援者 <input checked="" type="checkbox"/> （ 円） ・ 無 【注】                                                                                                                                                                          |
| 支払方法                   | 口座振替                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 希望する大使<br>の氏名<br>または人数 | 2 人<br>※希望する大使がいる場合は大使の氏名を、希望無しの場合は依頼<br>したい人数をご記載ください。                                                                                                                                                                                                                                |

## 【注】

ご依頼内容により、大使の支援者（ご家族ほか関係機関の支援者）とともに活動され  
る場合があります。この場合の支援者への謝礼・交通費の有無をご記入ください。