

別紙 1

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) _____

| | |
|------------------------|--|
| イベント名・会議名 等 | |
| 内容 | |
| 希望する日時 | |
| 場所 | |
| 報償費の有無・金額 交通費の有無・金額 | 報償費 有 (円) ・無 交通費 有 (円) ・無 |
| 支払方法 | |
| 希望する大使の氏名 または人数 | |