別紙１

みやぎ認知症応援大使活動依頼書

年　　月　　日

宮城県保健福祉部長寿社会政策課長　殿

　　　機 関 名

担当者名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

|  |  |
| --- | --- |
| イベント名・会議名等 |  |
| 希望日時 | 令和　年　月　日（　）　時　分から　時　分まで |
| 場所 |  |
| 依頼内容 |  |
| 謝金 | 大　使　　（　　　　　　　円）  支援者　　（　　　　　　　円） |
| 旅費 | 大　使　　（　　　　　　　円）  支援者　　（　　　　　　　円） |
| 留意事項等 | ※大使に活動いただく際に配慮が必要なことなどあれば記載してください。 |

※活動希望日の４週間前までに提出してください。

※謝金や旅費については、依頼先がお支払いください。

（提出先）宮城県保健福祉部長寿社会政策課地域包括ケア推進班

E-Mail: [choujuc3@pref.miyagi.jp](mailto:choujuc3@pref.miyagi.jp)