別紙１

**おおさか希望大使 活動依頼書**

　　年 　　月　 　日

大阪府高齢介護室介護支援課長　様

機関名

担当者名

連絡先　TEL）

連絡先　Mail）

|  |  |
| --- | --- |
| 活動日 | 年　　　月　　　日　（　　） |
| 活動時間 | 時から　　時まで（　　　時間） |
| イベント名 |  |
| 活動場所 |  |
| 活動内容 |  |
| 報償費の有無・金額 | 大使本人　　☐有（　　　　　　　　円）　　　☐無支援者　　 ☐有（　　　　　　　　円）　　 ☐無 |
| 交通費の有無・金額 | 大使本人　　☐有　実費支給　(　　　 　　　円まで）　　☐無支援者　　　 ☐有　実費支給　(　　　 　　　円まで）　　☐無 |
| 支払方法 |  |
| 希望する大使の氏名または人数（希望あれば） |  |

提出先：大阪府高齢介護室介護支援課　認知症・医介連携グループ

　　　　Mail: S106900G06@gbox.pref.osaka.lg.jp