

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 <input type="checkbox"/> 有(円) <input type="checkbox"/> 無 支援者 <input type="checkbox"/> 有(円) <input type="checkbox"/> 無
交通費の有無・金額	大使本人 <input type="checkbox"/> 有 実費支給 (円まで) <input type="checkbox"/> 無 支援者 <input type="checkbox"/> 有 実費支給 (円まで) <input type="checkbox"/> 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