くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）調整依頼書

別紙１

　熊本県認知症対策・地域ケア推進課長　様

１　依頼者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所属（団体）名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

２　依頼希望内容

|  |  |
| --- | --- |
| 活動日 | 　　年　　月　　日 |
| 活動時間 | 時から　時まで（　　時間） |
| 活動場所 |  |
| 活動内容 |  |
| 活動を希望する大使 | ☐　有　　大使氏名（　　　　　　　　　　　　）☐　無 |
| 留意事項 | ※大使に活動いただく際に配慮が必要なことなどがあれば記載してください。 |
| 報償費の有無 | 大使本人　　☐有（　　　　　円）　　　　　　☐無支援者　　　☐有（　　　　　円）　　　　　　☐無 |
| 交通費の有無 | 大使本人　　☐有（　　　　　円）　　　　　　☐無支援者　　　☐有（　　　　　円）　　　　　　☐無 |

提出先：熊本県認知症対策・地域ケア推進課　認知症対策班

　　　　Mail: ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp