

(別紙1)

## とくしま希望大使活動依頼書

年 月 日

徳島県保健福祉部長寿いきがい課長 様

機関名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

イベント名・会議名 等	
希望日時	年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで
場所	
内容	
報償費の有無・金額	本人大使 <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	本人大使 <input type="checkbox"/> 有 ( 円) <input type="checkbox"/> 無 支援者 <input type="checkbox"/> 有 ( 円) <input type="checkbox"/> 無
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。

※活動希望日の原則4週間前までに提出してください。

※報償費や交通費については、原則ご依頼先がお支払いください。

(提出先) 徳島県保健福祉部長寿いきがい課生涯健康担当

Mail: choujuikigaika@pref.tokushima.lg.jp