

(別紙 2)

とくしま希望大使活動報告書

年 月 日

徳島県保健福祉部長寿いきがい課長 様

所属名 _____

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	
参加者数	
参加した大使の氏名	
実施内容	
その他	

※活動終了後、原則 2 週間以内に提出してください。

(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