（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

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

|  |  |
| --- | --- |
| 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