

様式 1

機関名	
課室名	
担当者名	
電話番号	
メール	

イベント名・会議名 等	
内容 (内容：参加人数・対象者・実施方法・報道公開の有無・対象広報誌名など全体の内容及び大使に依頼する役割が分かるよう記載のこと)	
希望日時	令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
場所	
報償費の支払有無・支払対象者・金額 交通費の支払有無・支払対象者・金額 (支払対象者：本人や支援者など)	報償費 有 () 円) ・ 無 交通費 有 () 円) ・ 無
希望する大使の氏名	

送付先：千葉県健康福祉部高齢者福祉課認知症対策推進班 (kourei6@mz.pref.chiba.lg.jp)