

おおさか希望大使 活動報告書

年 月 日

大阪府高齢介護室介護支援課長 様

機関名 _____

担当者名 _____

連絡先 TEL) _____

連絡先 Mail) _____

イベント名	
活動日時	
活動場所	
参加者数 (イベント等の場合のみ)	
実施内容	
協力いただいた 大使の名前	
その他	

※大阪府希望大使が活動した内容については、府ホームページにて活動を紹介することとして
います。

※提供が可能な写真や、映像等がありましたらご提供くださいますようお願いいたします。

提出先:大阪府高齢介護室介護支援課 認知症・医介連携グループ

Mail: S106900G06@gbox.pref.osaka.lg.jp