別紙１

**かながわオレンジ大使活動連絡票**

　　西暦　　　　年　　月　　日

神奈川県高齢福祉課長　様

機関名

所在地

代表者名

［連絡先］

担当者名

電話番号

メールアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| イベント・研修・会議名等 |  |
| 主催者 |  |
| 開催趣旨 |  |
| 内　容 |  |
| 対象者 |  |
| 人　数 |  |
| 希望する日時 | 候補日　　　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　　　　　・未定出演時間　　　　：　　　～　　　：　　　　（　　　　分）　・未定 |
| 会　場 |  |
| 報償費の有無・金額交通費の有無 | 大使　：報償費　（　　　　　円）・無　　交通費（ 有・無 ）支援者：報償費　（　　　　　円）・無　　交通費（ 有・無 ） |
| 支払方法 |  |
| 希望する大使・希望する講演内容等 |  |