（様式２）

青森県認知症ピアサポーター派遣依頼書

＜依頼者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

＜依頼内容＞

|  |  |
| --- | --- |
| 行事名・会議名　等 |  |
| 希望日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　）  　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分まで |
| 場所 |  |
| 内容 | （行事について）  対象者：  参加人数：  （認知症ピアサポーターへの依頼事項（役割や目的等）） |
| 報道・広報掲載の有無 | * あり　　□　なし |
| 事前打合せの有無 | * あり　　□　なし   →「あり」の場合は記入して下さい。  （日時）  令和　　　年　　　月　　　日（　）  　　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分まで  （場所） |

※概要が分かるチラシや要綱等を添付することも可とします。

提出先　青森県高齢福祉保険課　高齢者支援グループ

FAX：017-734-8090　メール：[koreihoken@pref.aomori.lg.jp](mailto:koreihoken@pref.aomori.lg.jp)