愛知県認知症希望大使　応募用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 公表 |
| 氏　名 |  |
| 居住市町村 | •縦４cm × 横３cm  •６ヶ月以内に撮影  •正面を向いたご本人の顔がはっきり確認できる写真をお貼りください。  ※市町村名のみ記載してください。 | 公表 |
| 生年月日年齢 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　　月　　　　日  令和6年4月1日時点で（　　　　歳） | 委嘱時の  年齢のみ  公表 |
| 認知症の  原因となる  疾患名  (診断された時期） | ・アルツハイマー型認知症（診断された時期　　　歳頃）  ・血管性認知症　　　　　（診断された時期　　　歳頃）  ・レビー小体型認知症　　（診断された時期　　　歳頃）  ・前頭側頭型認知症　　　（診断された時期　　　歳頃）  ・その他（　　　　 　　）（診断された時期　　　歳頃） | □公表可  □公表不可  （いずれかに☑） |
| 認知症の  診断を受けた  病　　院 | 病院・診療所名 | 非公表 |
| 略歴・経過 | ※略歴･･･職歴やボランティア経験など、これまでのご本人の活動内容  　経過･･･認知症と診断されたときから現在までの状況 | □公表可  □公表不可  （いずれかに☑） |
| 大使として伝えたいこと、活動したいこと |  |
| 特技・趣味 |  |
| 自薦・他薦 | □自薦　　　□他薦 |

〇活動方法について

以下は大使委嘱後の活動方法についてお聞きします。

それぞれの大使に合った活動方法を考えるための参考にしますので、率直なお気持ちでご回答ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 活動する上で必要な  支援 | 例)自宅近くの駅まで迎えがいる、スケジュール管理をお願いしたい、話す内容を一緒に考えたい、など |
| 大使として協力いただけるもの**すべてに☑** | □　認知症カフェや本人・家族交流会など本人や家族が中心となる場での交流・発信  □　認知症サポーターステップアップ講座など、対象を限った研修やセミナー（以下の対応可能人数にも☑をしてください。）  　　□30名以下であれば対応可能  　　□50名以下であれば対応可能  　　□50名以上でも対応可能  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　講演会など、広く一般の人を対象とする場での講師やパネリスト（以下の対応可能人数にも☑をしてください。）  　　□50名以下であれば対応可能  　　□100名以下であれば対応可能  　　□100名以上でも対応可能  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　県広報誌や普及啓発リーフレット等への寄稿  □　広報映像への出演  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 支援者も同行する場合の大使として活動可能な範囲に☑ | □　愛知県内全域  □　名古屋市内  □　尾張地域  □　三河地域  □　自身がお住いの市町村及びその近隣市町村（以下に具体的に記載ください） |

〇自己PR

あなたについてアピールしたいことがあれば、以下の余白に自由に表してください

（文字でなくてもかまいません）。

|  |  |
| --- | --- |
| 本件に関する連絡先 | □本人　□家族 （続柄：　　　　　） □その他（　　　　　　　　）  （いずれかに☑）  (ふりがな)  氏　　名  所　　属（地域包括支援センターや施設職員など、所属のある方はご記載下さい。）    住所　〒　　－    電話番号  ファックス  メールアドレス |

他薦の場合は以下もご記入ください（必ずご本人の同意を得てください）。

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦理由 |  |
| 推薦者 | (ふりがな)  氏　　名  （本人との関係：家族・その他（　　　　　　　）） |

既に関係を築かれている支援者の方がいらっしゃる場合、以下にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支援者について（連絡先と同じ場合、その旨を記載ください。） | (ふりがな)  氏　　名  所　　属（例:○○地域包括支援センター、○○施設（ご家族の場合は続柄を記載ください））    住所　〒　　－    電話番号  ファックス  メールアドレス |
| 大使の面談について | □同席する　□会場まで付き添うが、面談の同席はしない　□同席しない |
| 大使に委嘱された場合の活動支援について | □県又は県からの委託団体にお任せしたい  □移動支援等は行うが、活動の際は県又は県からの委託団体に同席してほしい  □移動支援及び活動についても同席したい  □その他 |