別紙

くまもとオレンジ大使（認知症本人大使）応募用紙

☐　自薦　　　☐　他薦 （該当するものに☑）

１　活動を希望する認知症のご本人の情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名  ※必須 | 氏 | 名 |
| ふりがな  ※必須 |  |  |
| 住所  ※必須 | 熊本県 | |
| 連絡先  ※いずれか必須 | 自宅　（　　　　　）　　　　　　－  携帯　（　　　　　）　　　　　　－ | |
| 生年月日  ※必須 | 大正　　　昭和　　　平成  　　　　年　　　　月　　　日生　（　　　歳） | |
| 認知症の原因となるし疾患名と診断された時期（該当するものに☑）  ※必須 | ☐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） | |
| 認知症の主治医 | 病院・診療所  　　　　　　　　　　医師 | |
| 公表できないもの（該当するものに☑）  ※必須 | ☐氏名　　☐年代　　☐所在市町村名　　☐疾患名  ☐略歴　　☐顔写真　　☐動画  ☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 公表できない理由  ※上に☑がある場合は必須） |  | |
| 公表への同意  ※必須 | ☐上記で公表できないものとしたもの以外については、県の  ホームページ等で公表されることに同意します。 | |
| 今まで行った認知症の啓発活動 | （活動内容） | |
| 大使として表現したいこと・活動したいこと　※必須 |  | |
| 啓発活動で参加・協力したいもの（該当するものにすべて☑）  ※必須 | ☐県のホームページにおける大使の紹介  ☐講演会の講師・パネリストとしての出演  ☐認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メ  イトへの協力  ☐県広報誌等への寄稿（インタビューへの応答なども含む）  ☐広報映像等への出演（インタビューや趣味活動等の紹介などを含む）  ☐ピアサポート活動（認知症カフェでの本人ミーティング、医療機関や相談機関等での本人支援の活動）  ☐イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンスやスポーツ参加  ☐美術作品等の紹介  ☐県の認知症施策検討会議等への参加  ☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 活動の際の移動手段（該当するものにすべて☑）  ※必須 | ☐徒歩・自転車  ☐公共交通機関  ☐送迎  ☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 支援者の有無（該当するものに☑）  ※必須 | ☐無  ☐無（一人での活動（移動を含む）が可能）  ☐有 | |
| 活動する際に配慮してほしいこと  ※支援者が無とされた方は必須 |  | |

２　他薦の場合の推薦者の情報（他薦の場合は、下記にご記載ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者 | 団体名 |
| 氏名 |
| 連絡先  　（　　　　　）　　　　　　－ |
| 推薦理由 |  |

３　支援者の情報（支援者を有とされた場合は、下記にご記載ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 支援者 | 認知症の人本人との関係  ☐家族　　　☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名 |
| 連絡先  　（　　　　　）　　　　　　－ |
| 支援が必要な内容 |  |

【提出先】

（電子メール）　[ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp](mailto:ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp)

認知症施策・地域ケア推進課　認知症施策推進班宛

（郵送）〒８６２―８５７０（住所は省略いただけます）

　　　　熊本県認知症施策・地域ケア推進課　認知症施策推進班宛