**かながわオレンジ大使応募用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　－ |
| 連絡先 | 　自宅　　　（　　　　）　　　－　携帯電話　（　　　　）－（　　　　）－（　　　　）　ＦＡＸ　メールアドレス |
| 生年月日・年齢 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |
| 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）　 |
| 認知症の主治医 | 　　　　　　　　　　　　　　病院・診療所　　　　　医師　　　　　　　　 |
| これまでの本人の活動 |  |
| 大使として表現したい・活動したいこと |  |
| 要件に☑（すべての要件に該当することが必要です） | □県内在住□認知症の診断を受けている□認知症の普及啓発活動に意欲があり、県と協力・連携ができること |
| 県の事業への協力（協力いただけるものに☑） | □　講演会の講師やパネリスト□　講演会の講師やパネリスト（進行役との質疑応答）□　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（講師と質疑応答なども含む）□　県広報誌等への寄稿□　県広報誌等への寄稿（インタビューへの応答）□　広報映像への出演□　ピアサポート活動（認知症カフェや本人ミーティング、講演会など本人や家族が集う場での支援活動）□　イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンス□　スポーツイベントへの参加□　美術作品等の紹介□　「かながわオレンジ大使」事業の企画・運営□　市町村や関係機関からの依頼による活動　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 公表できないこと（該当するものに☑） | □氏名　□年代　□所在市町村名　□疾患名　□経過・略歴□顔写真　□動画　□作品　□その他（　　　　　　） |
| 公表できない理由 |  |
| 自薦・他薦 | □自薦　　　□他薦 |
| 他薦の場合は下記にご記入ください |
| 推薦理由 |  |
| 推薦者（支援者と同じ方でも可） | 団体名　　　 |
| 氏名 |
| 連絡先（　　　　）　　　　‐ |
| 支援者がいる場合は下記にご記入ください |
| 支援者氏名（本人との関係）連絡先 | 氏名　　　　　（本人との関係：家族・その他　　　　　　　　　　　　）支援内容電話　（　　　　　）　　　－ＦＡＸメールアドレス |
| 備考（留意事項等） |  |