**「ちばオレンジ大使」応募用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　－ |
| 連絡先（電話番号） | 　自宅　　　（　　　　）　　　－　携帯電話　（　　　　）－（　　　　）－（　　　　） |
| 生年月日・年齢 | 大正・昭和・平成　　　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（任意） | 　　　　　　　　　　　　　　病院・診療所　　　　　医師　　　　　　　　 |
| 経過・略歴（これまでの本人の活動） |  |
| 大使として伝えたい・活動したいこと |  |
| 要件に☑（原則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□氏名・年代・所在市町村名・疾患名・経過・略歴・顔写真を原則公表できる（公表できない理由がある場合はその限りではありません）以下については、いずれかどちらを選択□単独で移動ができる、または、移動時に同行者がいる□移動について、前述以外の場合、第三者が同行することを承諾する。 |
| 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（自らの体験の紹介等や進行役との質疑応答を含む）□　県広報紙等への寄稿（インタビューへの応答なども含む）□　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（自らの体験の紹介等や講師と質疑応答を含む）□　県認知症施策への意見□　ピアサポート活動（認知症カフェや家族交流会、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）□　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（該当するものがある場合） | □氏名　□年代　□所在市町村名　□疾患名　□経過・略歴　□顔写真　□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　　　　　　　　　　　　）支援内容連絡先（　　　　　）　　　－ |
| 備考（留意事項等） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 大使サポーター※氏名・所属先（本人との関係）連絡先 | 氏名　　　　　（本人との関係：　　　　　　　　　　　　）所属名　　　　サポート内容連絡先（　　　　　）　　　－ |
| 備考（留意事項等） |  |

※家族以外の第三者の方で、県との調整役を担い、大使の活動をサポートできる方。（例：本人と関わりのあるケアマネ、認知症地域支援推進員　等）

※以下のご記入については任意です。

　大使活動に際し、サポーターがいることが望ましいです。