

「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	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
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 <input checked="" type="checkbox"/> (すべての要件に該当することが必要です)	<input type="checkbox"/> 県内在住 <input type="checkbox"/> 認知症の診断を受けている <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> ）	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 県広報紙等への寄稿（インタビューへの応答なども含む） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 県認知症施策への意見 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 市町村や関係機関からの依頼による活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）
公表できないこと（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> ）	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 年代 <input type="checkbox"/> 所在市町村名 <input type="checkbox"/> 疾患名 <input type="checkbox"/> 経過・略歴 <input type="checkbox"/> 顔写真 <input type="checkbox"/> その他（ ）
公表できない理由	
自薦・他薦	<input type="checkbox"/> 自薦 <input type="checkbox"/> 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 連絡先（ ） -
備考 （留意事項等）	