**京都府認知症応援大使応募用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| （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)  ※任意 | ・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 |
| これまでの  本人の活動 |  |
| 大使として表現・  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) | □ 京都府内在住  □ 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、府と協力・連携ができること |
| 興味のある活動  (興味のあるものに☑) | □ 講演会や研修等への出講（講師・パネリスト）  □ 広報誌等への寄稿、広報映像等への出演  □ ピアサポート活動  （認知症カフェや本人ミーティング等つどいの場での支援活動）  □ 認知症施策に関する提案・企画  （取組の企画会議への参画、アンケートへの協力、商品モニター等）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 公表できないこと（該当するものに☑） | □氏名　□年齢　□所在市町村名　□疾患名　□経過・略歴  □顔写真　□動画　□その他（　　　　　　） |
| 公表できない理由 |  |
| 支援者(※)について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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  支援内容  連絡先  （　　　　　）　　　－ |
| 備考  （留意事項等） |  |
| ※　支援者の方には、本人の活動に関する連絡窓口や、活動中の補助としてご協力をお願いいたします。  **京都府認知症応援大使推薦書** | |
| 推薦者 | 団体名 |
| 役職・氏名 |
| 連絡先  （　　　　）　　　　‐ |
| 推薦理由 |  |