**「ほっかいどう希望大使（認知症本人大使）」応募用紙**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　　 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 | 自　　宅： | （　　　　）　　　　－　　　　　 |
| 携帯電話： | （　　　　）－（　　　　）－（　　　　） |
| メールアドレス | 　　　　　　　　＠ |
| 生年月日（年齢） | 大正・昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 | （　　　　歳） |
| 要件（ 該当する要件に☑ ） | □道内に在住している |
| □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、道と協力・連携ができること |
| □暴力団員又はその関係者ではないこと |
| 興味のある活動（ 興味のあるものに☑ ） | □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） |
| □道広報誌等への寄稿、広報映像等への出演 |
| □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 |
| □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） |
| □道の認知症施策への意見の提案 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| もし大使になったら伝えたい活動したい表現したいこと |  |
| これまでの本人の活動（ある場合のみ記入） |  |
| 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 |
| 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 | □顔写真 | □経過・略歴 |
| □動画 | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 公表できない理由 |  |
| 自薦・他薦 | □自薦 | □他薦 |
| 他薦の場合は本人・家族の了解 | 本人の了解 | □あり | □なし |
| 家族の了解 | □あり | □なし |

他薦の場合は下記にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 他薦の理由 |  |
| 推薦者 | 団体名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | 自　　宅： | （　　　　）　　　　－　　　　　 |
| 携帯電話： | （　　　　）－（　　　　）－（　　　　） |
| メールアドレス | 　　　　　　　　＠ |

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 | □家　族（続柄：　　　　　　） | □その他（　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 | 自　　宅： | （　　　　）　　　　－　　　　　 |
| 携帯電話： | （　　　　）－（　　　　）－（　　　　） |
| メールアドレス | 　　　　　　　　＠ |
| 支援内容（ 該当するものに☑ ） | □連絡・調整 |
| □講演会等への同行 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考（留意事項等） |  |