**鹿児島県認知症応援大使　応募用紙**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 公表不可の  場合は☑ |
| （ふりがな） |  | □公表不可 |
| 氏　名 |  |
| 居住市町村 | ※市町村名のみ記載してください。 | □公表不可 |
| 生年月日年齢 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　　月　　　　日  令和6年4月1日時点で（　　　　歳） | □公表不可 |
| 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） | □公表不可 |
| 認知症の  診断を受けた  病　　院 | 病院・診療所名（必要に応じて，主治医の診断書の提出を求める場合があります） |  |
| 略歴 | ※略歴･･･職歴やボランティア経験など，これまでのご本人の活動内容 | □公表不可 |
| 経過 | ※経過･･･認知症と診断されたときから現在までの状況 | □公表不可 |
| 大使として伝えたいこと，活動したいこと |  |  |
| 特技・趣味 |  | □公表不可 |
| 自薦・他薦 | □自薦　　　□他薦 |  |
| 本件に関する連絡先 | 続柄（いずれかに☑）  □本人　□家族 （続柄：　　　　　） □その他（　　　　　　　　）  (ふりがな)  氏　　名  所　　属  ※地域包括支援センターや施設職員など，所属のある方はご記載下さい。  住　　所　〒　　－    電話番号  メール | |

他薦の場合は以下もご記入ください（必ずご本人の同意を得てください）。

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦理由 |  |
| 推薦者 | (ふりがな)  氏　　名  本人との関係：　家族　・その他（　　　　　　　　） |

既に関係を築かれている支援者の方がいらっしゃる場合，以下にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支援者について（連絡先と同じ場合，その旨を記載ください。） | (ふりがな)  氏　　名  所　　属  （例:○○地域包括支援センター，○○施設（ご家族の場合は続柄を記載ください））  電話番号  メール |