**かながわオレンジ大使応募用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| (ふりがな)  氏　名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 連絡先 | 自宅　　　（　　　）　　　－  携帯電話　（　　　）－（　　　　）－（　　　　）  ＦＡＸ  メールアドレス |
| 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 |
| これまでの本人の活動 |  |
| 大使として表現したい・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） | 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 |
| 県の事業への協力（協力いただけるものに☑） | 認知症関係の研修や講演会、イベントでのお話（進行役との質疑応答なども含む）  　新聞記事等での活動紹介（インタビューへの応答）  　広報映像への出演  　ピアサポート活動（本人や家族が集う場での本人支援の活動）  　イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンス  　制作した美術作品等の紹介  　「かながわオレンジ大使」事業の企画・運営  　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（該当するものに☑） | 氏名　年代　所在市町村名　疾患名　経過・略歴  顔写真　動画　作品　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  電話（　　　　）　　　－  ＦＡＸ  メールアドレス |
| 備考  （留意事項等） |  |