**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） |  |