

「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☑）	<input type="checkbox"/> 道内に在住している <input type="checkbox"/> 認知症の診断を受けている <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 氏名・年齢・所在市町村名・疾患名・経過・略歴・顔写真を原則公表できること（公表できない事項がある場合は、下欄の「公表できないこと」及び「公表できない理由」を記載してください。） <input type="checkbox"/> 暴力団員又はその関係者ではないこと		
公表できないこと （該当するものに☑）	<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 年齢	<input type="checkbox"/> 所在市町村名
	<input type="checkbox"/> 疾患名	<input type="checkbox"/> 経過・略歴	<input type="checkbox"/> 顔写真
公表できない理由			
興 味 の あ る 活 動 （興味のあるものに☑）	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 道広報誌等への寄稿、広報映像等への出演 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 道の認知症施策への意見の提案 <input type="checkbox"/> 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
自薦・他薦	<input type="checkbox"/> 自薦 <input type="checkbox"/> 他薦
他薦の場合は 本人・家族の了解	本人の了解 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家族の了解 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 家族(続柄： ) <input type="checkbox"/> 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☑)	<input type="checkbox"/> 連絡・調整 <input type="checkbox"/> 講演会等への同行 <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考 (留意事項等)		