別紙

みやぎ認知症応援大使応募用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ★ふりがな |  | |
| ★氏名 |  | |
| ★住所 | 〒 | |
|  | |
| 連絡先 | 自宅 |  |
| 携帯電話 |  |
| メールアドレス |  |
| ★生年月日 | 大正・昭和・平成　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 認知症の原因となる  疾患名  （該当するものに☑、診断された時期を  記入） | 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・診療所名 |  |
| 医師名 |  |
| 要件に☑  （すべての要件に該当することが必要） | 宮城県内在住  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、県等と協力・連携ができる  氏名・年代・所在市町名・略歴・顔写真を公表できる | |
| 活動が可能な  高齢者福祉圏域 | 仙南圏  （白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町）  仙台圏  （仙台市、塩竈市、名取市、多賀城市、岩沼市、富谷市、亘理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、大和町、大郷町、大衡村）  大崎・栗原圏  （栗原市、大崎市、色麻町、加美町、涌谷町、美里町）  登米・石巻・気仙沼圏  （石巻市、気仙沼市、登米市、東松島市、女川町、南三陸町） | |
| ★略歴  （これまでの活動や現在の生活の状況について） |  | |
| 大使として伝えたいこと、表現したいこと |  | |
| 家族の同意  (該当するものに☑) | 家族の同意あり  家族の同意なし  その他( ) | |
| 自薦・他薦  (該当するものに☑) | 自薦　　　　他薦 | |

他薦の場合は下記にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦理由 |  | |
| 本人の同意  (該当するものに☑) | 本人の同意あり  本人の同意なし | |
| 推薦者  （支援者と同じ方でも可） | 所属名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

支援者がいらっしゃる場合は下記にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援者氏名  (団体の場合は所属名と  担当者氏名) |  | |
| 本人との関係 | 家族（続柄　　　）　　その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 連絡先 | 電話 |  |
| メールアドレス |  |
| 備考  （留意事項等） |  | |

（注）★がついている項目はホームページ等で公表させていただきます。

なお、「住所」については市区町村名のみ、「生年月日」については年代を公表の対象とさせていただきます。

別紙

**記載上の注意**

みやぎ認知症応援大使応募用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ★ふりがな |  | |
| ★氏名 |  | |
| ★住所 | 〒 | |
|  | |
| 連絡先 | 自宅 |  |
| 携帯電話 |  |
| メールアドレス |  |
| ★生年月日 | 大正・昭和・平成　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 認知症の原因となる  疾患名  （該当するものに☑、診断された時期を  記入） | 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・診療所名 |  |
| 医師名 |  |
| 要件に☑  （すべての要件に該当することが必要） | 宮城県内在住  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、県等と協力・連携ができる  氏名・年代・所在市町名・略歴・顔写真を公表できる | |
| 活動が可能な圏域 | 仙南圏  （白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町）  仙台圏  （仙台市、塩竈市、名取市、多賀城市、岩沼市、富谷市、亘理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、大和町、大郷町、大衡村）  大崎・栗原圏  （栗原市、大崎市、色麻町、加美町、涌谷町、美里町）  登米・石巻・気仙沼圏  （石巻市、気仙沼市、登米市、東松島市、女川町、南三陸町） | |
| ★略歴  （これまでの活動や現在の生活の状況について） | お勤めしている（いた）会社・職業、認知症の診断を受けた後の活動内容、現在の生活の状況などを記載してください。 | |
| 大使として伝えたいこと、表現したいこと | 誰に、どのようなことを、どのような表現で発信したいか記載してください。  ※　表現は言語に限らず、文章、絵画、音楽、スポーツなど御本人のできること・したいことを記載してください | |
| 家族の同意  (該当するものに☑) | 家族の同意あり  家族の同意なし  その他( ) | |
| 自薦・他薦  (該当するものに☑) | 自薦　　　　他薦 | |

他薦の場合は下記にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦理由 |  | |
| 本人の同意  (該当するものに☑) | 本人の同意あり  本人の同意なし | |
| 推薦者  （支援者と同じ方でも可） | 所属名 | 必ず御本人の同意を得てください。 |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

支援者がいらっしゃる場合は下記にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援者氏名  (団体の場合は所属名と  担当者氏名) |  | |
| 本人との関係 | 家族（続柄　　　）　　その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 連絡先 | 電話 |  |
| メールアドレス |  |
| 備考  （留意事項等） |  | |

（注）★がついている項目はホームページ等で公表させていただきます。

なお、「住所」については市区町村名のみ、「生年月日」については年代を公表の対象とさせていただきます。