四日市市認知症フレンドリー大使応募用紙

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 自筆で記入する場合は押印不要 |
| 住所 |  |
| 生年月日  年齢 | Ｔ　・　Ｓ　・　Ｈ　　　年　　　月　　　日  　　　歳（令和６年７月１日時点） |
| 電話番号  （日中連絡がつきやすい番号） |  |
| メールアドレス |  |
| 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） |
| 認知症の診断を受けた病院 | 病院・診療所名 |
| 略歴・経過 | * 略歴…職歴やボランティア経験など、これまでの活動内容 * 経過…認知症と診断されたときから現在までの状況 |
| 大使として伝えたい内容、活動したい内容 |  |
| 特技・趣味 |  |
| 家族の同意 | □有　　　　　□無 |

活動方法について

以下は大使委嘱後の活動方法についてお尋ねします。

**それぞれの大使に合った活動方法を考えるため**、参考とさせていただきます。率直なお気持ちでご回答ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 活動をするうえで、必要な支援について | 例）スケジュール管理をお願いしたい、話す内容を一緒に考えたい、打ち合わせに一緒に参加したい |
| 大使として協力が可能な活動について（当てはまる内容全てに☑） | * 認知症サポーター養成講座などの対象を限定とした研修やセミナーでの講師 * 市民公開講座など、広く一般の人を対象とする場での講師 * 市広報誌やホームページや普及啓発リーフレットなどへの寄稿 * 広報映像などへの出演 * その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 大使として、活動可能な範囲について | * 四日市市内 * 三重県内 * 三重県外 |

自己ＰＲ

あなた自身について、アピールしたいことがありましたら、以下の余白に自由にお書きください。

**活動に同行できる支援者がいる場合、以下にご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援者について | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号  （日中連絡がつきやすい番号） |  |
| メールアドレス |  |
| 大使との面談について | □同席可能　　□会場まで付き添い可能だが、面談の同席不可　　□同席不可 | |
| 大使に委嘱された場合の活動支援について | * 市に依頼を希望 * 移動支援などは行うが、活動の際は市に同席を希望 * 移動支援及び活動についても同席を希望 | |

活動時の緊急連絡先について、以下にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 活動時の  緊急連絡先 | □家族（続柄：　　　　　）　□その他（　　　　　　　）  （いずれかに☑） | |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号  （日中連絡がつきやすい番号） |  |
| メールアドレス |  |