**えひめ認知症希望大使(仮称)推薦書**

**１　認知症当事者の内容について記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| （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 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　　月　　　　日 |
| 主な経歴(職業)  (複数選択可) | □会社員、□自営業、□公務員、□医療職、□福祉職  □教育職、□販売業、□飲食業、□理美容業、  □サービス業、□農林水産業、□専業主婦(夫)  □その他( ) |
| これまでの本人の活動 |  |
| 推薦者が大使として期待する活動 |  |
| 本人が希望する活動 |  |
| 要件に☑  （すべての要件に該当することが必要です） | □愛媛県内在住  □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  □本人の同意を得ていること |
| 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( ) |
| 推薦理由 |  |

**２ 推薦者について記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号  メールアドレス |