

## 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)	<input type="checkbox"/> 会社員、 <input type="checkbox"/> 自営業、 <input type="checkbox"/> 公務員、 <input type="checkbox"/> 医療職、 <input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> 教育職、 <input type="checkbox"/> 販売業、 <input type="checkbox"/> 飲食業、 <input type="checkbox"/> 理美容業、 <input type="checkbox"/> サービス業、 <input type="checkbox"/> 農林水産業、 <input type="checkbox"/> 専業主婦(夫) <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> (すべての要件に該当することが必要です)	<input type="checkbox"/> 愛媛県内在住 <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、県と協力・連携ができること <input type="checkbox"/> 本人の同意を得ていること
家族の同意 (該当するものに <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/&gt;)&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/> 家族の同意あり <input type="checkbox"/> 家族の同意なし <input type="checkbox"/> 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