

今まで行った認知症の啓発活動	(活動内容)
大使として表現したいこと・活動したいこと ※必須	
啓発活動で参加・協力したいもの(該当するものにすべて☑) ※必須	<input type="checkbox"/> 県のホームページにおける大使の紹介 <input type="checkbox"/> 講演会の講師・パネリストとしての出演 <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"/> 県広報誌等への寄稿(インタビューへの応答なども含む) <input type="checkbox"/> 広報映像等への出演(インタビューや趣味活動等の紹介などを含む) <input type="checkbox"/> ピアサポート活動(認知症カフェでの本人ミーティング、医療機関や相談機関等での本人支援の活動) <input type="checkbox"/> イベント等での楽器の演奏や歌などのパフォーマンスやスポーツ参加 <input type="checkbox"/> 美術作品等の紹介 <input type="checkbox"/> 県の認知症施策検討会議等への参加 <input type="checkbox"/> その他()
活動の際の移動手段(該当するものにすべて☑) ※必須	<input type="checkbox"/> 徒歩・自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他()
支援者の有無(該当するものに☑) ※必須	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無(一人での活動(移動を含む)が可能) <input type="checkbox"/> 有
活動する際に配慮してほしいこと ※支援者が無とされた方は必須	

2 他薦の場合の推薦者の情報（他薦の場合は、下記にご記載ください。）

推薦者	団体名
	氏名
	連絡先 () —
推薦理由	

3 支援者の情報（支援者を有とされた場合は、下記にご記載ください。）

支援者	認知症の人本人との関係 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名
	連絡先 () —
支援が必要な内容	

【提出先】

（電子メール） ninchishouke@pref.kumamoto.lg.jp
認知症対策・地域ケア推進課 認知症対策班宛

（郵送）〒862—8570（住所は省略できます）
熊本県認知症対策・地域ケア推進課 認知症対策班宛