（様式１）

青森県認知症ピアサポーター登録用紙

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 連絡先（電話番号） | 自宅・携帯電話　（〇をしてください。）  　　　　　　－　　　　　　－ |
| 生年月日 | 昭和・平成（〇をしてください。）  　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　歳） |
| 認知症の種類  （診断時期） | （該当するものに、☑をしてください。）  □アルツハイマー型認知症  □血管性認知症  □レビー小体型認知症  □前頭側頭型認知症  □その他 |
| 認知症ピアサポーターとして伝えたい、活動したいこと |  |
| 公表できない項目 | （該当するものに、☑をしてください。）  □氏名　□年齢　□所在市町村名　□疾患名　□その他 |

提出先　青森県高齢福祉保険課　高齢者支援グループ

FAX：017-734-8090　メール：[koreihoken@pref.aomori.lg.jp](mailto:koreihoken@pref.aomori.lg.jp)