

## 認知症サポーター 活動意向調査

今後、「認知症関係のボランティア活動等に参加してみたい」と回答していただいた方に、希望する活動内容についてうかがいます。

ご回答いただいた内容は、今後、地域での認知症支援活動に役立てるため、甲府市および認知症地域支援推進員（地域包括支援センター所属）と共有させていただき、研修のご案内やボランティア募集等の際に、ご連絡させていただくことがあります。

大変恐縮ですが、項目2へご記入くださいますようお願いいたします。

※ご回答いただいた内容は、甲府市の認知症支援において、サポーターとして協力していただく事業以外には使用しません。

1. やってみたいと思う活動について、該当する番号に○をつけてください。

- ① 見守り・声かけ活動をする
- ② 話し相手の活動をする
- ③ オレンジカフェ等のお手伝いをする
- ④ 施設の中で認知症の方と一緒に軽作業をする
- ⑤ 日常の仕事の中でサポート活動をする（スーパー、金融機関等）
- ⑥ その他（上記に当てはまらない場合、やってみたい内容を具体的に記入ください）

( )

2. 今後、地域での認知症支援活動に役立てるため、甲府市および認知症地域支援推進員にて回答内容を共有することに同意いただける方は、以下に住所・氏名・連絡先電話番号をご記入ください。

(記入年月日)                      年      月      日

上記のことに同意します。

住 所： \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏 名： \_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_

意向調査は以上です。ご協力ありがとうございました。