認知症の人の声を
聞かせてください。

認知症の人の声を募集します。

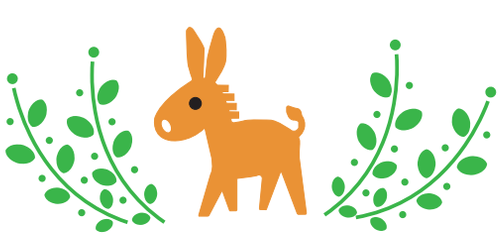
認知症の診断後、つらかったこと、うれしかったこと、

こんなことをしてみたい、こんなことを知ってほしい、

などあなた自身の声を聞かせてください。

講演会や認知症理解普及月間、認知症サポーター養成講座

などの機会に紹介します。



福井市役所地域包括ケア推進課
認知症グループ
TEL　0776-20-5400
FAX　0776-20-5426
E-mail　houkatucare@city.fukui.lg.jp

「認知症の人の声を聞かせてください。」応募用紙

できなくても
おこらないで

これまでにあった声

認知症の自分に
しかわからない
こと伝えていきたい

あなたの声

下記の記入は任意でお願いします。
直接お話を伺ってもよいという方は、連絡先の記入をお願いします。
後日、市職員から連絡させていただく場合があります。
記入していただいたお名前等は公表いたしません。

年齢		性別	
名前			
住所			
連絡先			

【対象者】 認知症のご本人
ご家族や支援者の代筆可

【応募先】 福井市地域包括ケア推進課　認知症グループ宛

① E-mail houkatsucare@city.fukui.lg.jp

② FAX 0776-20-5426

③ 郵送 〒910-8511 福井市大手３丁目 10-1