附件一、金門縣高齡暨失智友善場域推廣合作同意書

**金門縣高齡暨失智友善場域推廣合作同意書**

本單位 （請填貴單位全銜）同意且願意與金門縣衛生局合作，營造高齡暨失智友善場域，於軟硬體面提供高齡者與失智症者友善貼心服務措施，創造有利於高齡者與失智症者活動條件，並建立協助通報疑似失智個案服務機制。透過理解、陪伴與鼓勵，為高齡者與失智症者營造更有品質與尊嚴的生活，建構高齡暨失智友善金門島。

此致

金門縣衛生局

立書人：（請填貴單位全銜）（請蓋公司章）

負責人： （請蓋私章）

聯絡地址：

聯絡電話：

中　華　民　國　　110　　年　　　　月　　　　　日

附件二、金門縣高齡暨失智友善場域推廣申請表

**金門縣高齡暨失智友善場域推廣申請表**

|  |  |
| --- | --- |
| 單位類型 | □政府機關　 □村里公所 　□社區發展協會 　□公車站□便利商店　 □小吃店　□診所　 □藥局 　□寺廟　□賣場　 □零售商　 □其他（請說明：　　　　 　　） |
| 單位名稱 |  |
| 負責人姓名 |  | 負責人職稱 |  |
| 單位地址 |  |
| 聯絡人姓名 |  | 聯絡人職稱 |  |
| 聯絡電話 |  | 行動電話 |  |
| 友善措施（若有，請打，可複選） | **【高齡友善類】**□1.無障礙出入口與大門　 □2.標示字體放大且清晰□3.提供長者休憩座椅　 □4.長者優先或專人服務□5.其它：  **【失智友善類】**□1.單位人員已接受失智友善相關議題訓練□2.提供疑似失智個案通報與服務機制□3.單位內擺放失智症宣導單張並配合宣導□4.提供重複購買物品換購商品或預付貨款服務□5.其它：   |

|  |  |
| --- | --- |
| 友善場域服務流程公告佐證照片 | 【請將友善場域標準服務流程張貼或公告佐證照片提供於此】 |

附件三、失智友善天使線上核心教育訓練課程完訓基本資料填復表

|  |
| --- |
| 失智友善天使完訓基本資料填復 |
| 姓名 |  | 聯絡電話 |  |
| 出生年月日 | 　　年　　月　　日 | 性別 | □男　　□女 |
| 通訊地址 |  |
| 電子信箱 |  |
| 失智友善核心訓練情形 | 本人業於110年 月 日完成 失智友善核心教育訓練課程。 □線上□實體 |
| 合作承諾書 | 本人願意加入失智友善天使行列，於遇到疑似或失智個案時，能主動透過**看、問、留、撥服務機制，適時給予協助**；並透過**理解**、**陪伴**與**鼓勵**，為高齡者與失智者營造更有品質與尊嚴的生活，建構高齡暨失智友善金門島。簽章：　　　 　　　　 　日期：110年　　　月　　　日 |

註：本表如不敷使用，請自行複印