登録 No :

年 月 日

(宛先) 志摩市長

志摩市介護予防ボランティアポイント事業活動員登録申請書

私は、次のとおり志摩市介護予防ボランティアポイント事業活動員として登録を申請します。

ふりがな				性別	(男・女)				
氏名		⑩ 自署の場合、⑩は不要							
住所		〒 -							
生年月日		T・S・H 年 月 日			歳				
電話	自宅	() -		緊急 連絡先	名前:				
	携帯				連絡先:				
メールアドレス									
活動内容		活動したい内容の番号に をしてください。複数回答可				活動先について (どちに)			
		1 レクリエーション等の参加者への支援 2 お茶出しや食堂内の配膳・下膳、喫茶等の補助 3 散歩や館内移動の補助 4 模擬店や演芸披露などの手伝い 5 話し相手 6 施設職員と共に行なう軽微かつ補助的な活動 (例: 清掃、洗濯物の整理、シーツ交換など) 7 介護予防に資する支援活動 8 その他 []				自宅付近希望 ・ 市内なら場所を 問わない			
所属団体名 活動サークル等あれば									
活動希望 曜日等 (をしてください)			月	火	水	木	金	土	日
		午前							
		午後							
活動頻度		1. 週()回		2. 月()回		3. 年()回			
事務局欄 (記入は不要です)									

希望日時、活動頻度につきましては、受入施設との調整でご希望に添えない場合があります。

上記の内容は、市または活動先に情報提供をすることがありますので、あらかじめご了承ください。