

鯖江市介護支援サポーター登録申請書

令和 年 月 日

鯖江市長 様

鯖江市介護支援サポーター活動を行いたいので、下記のとおり登録を申請します。

住 所	鯖江市		
ふりがな			
氏 名	血液型：		
連絡可能な電話番号・曜日・時間帯	電話番号	曜日	時間帯
生年月日	明・大・昭	年	月 日
年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
介護保険被保険者番号			

- ◎ 活動内容・活動場所の希望等について、記入してください。
(活動先を紹介する際に、参考とさせていただきます場合があります。)

活動内容	1. 話し相手,ゲーム相手 2. 配膳, 下膳 3. 行事等の指導, 支援 4. 施設内移動の補助 5. 洗い物, 洗濯物の整理 6. 入浴後の整容 7. 芸能披露	その他 下記のような活動内容を希望(具体的に)。 []																
活動場所	1. 市内どこでもよい。 交通手段 車 ・ 自転車 ・ その他	2. 下記の地区 (または施設) を希望する。 []																
活動可能な曜日・時間	<table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> <td>未定</td> </tr> <tr> <td>AM PM</td> <td>AM PM</td> <td>AM PM</td> <td>AM PM</td> <td>AM PM</td> <td>AM PM</td> <td>AM PM</td> <td></td> </tr> </table>	月	火	水	木	金	土	日	未定	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM		
月	火	水	木	金	土	日	未定											
AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM												
特技 趣味		ボランティア経験 (具体的にご記入下さい)	有 ・ 無															

連絡先：鯖江市社会福祉協議会 TEL 51-0091

- ◎アンケートにご協力ください。

介護サポーターになぜ登録しようと思ったか、該当する番号に○をつけてください。

1. 将来にわたって元気でいたいから 2. 地域に貢献したいから 3. 介護に関心があるから 4. ポイントがもらえるから 5. その他 ()
--