

(様式1)

申請年月日 令和 年 月 日

佐賀中部広域連合長 様

佐賀中部広域連合サポーター登録申請書

私は、次のとおり佐賀中部広域連合サポーターとして登録を申請します。

住所	〒 ー		
フリガナ 氏名	印 ※自署の場合は印鑑を省略できる。		
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
介護保険 被保険者番号			
電話番号	自宅 ( ) ー (携帯番号 ー ー )		
活動内容	希望する活動内容の番号にすべて○をつけてください。 ① レクリエーション等の指導、参加支援 ② お茶だしや食堂内の配膳・下膳などの補助 ③ 散歩、外出、館内移動の補助 ④ 施設の催事に関する手伝い（模擬店、会場設営、利用者の移動補助、 演芸披露等） ⑤ 話し相手・傾聴 ⑥ 施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動 （清掃・草刈の補助、洗濯物の整理等） ⑦ 市町が実施する介護予防教室等における活動 ⑧ センターが関与する地域活動等における活動		
希望する登録研修会の日時をお書きください。( 月 日 時間 : )			
① ボランティア経験の有無等をお選びください。( 有 ・ 無 ) ② 希望する活動の程度をお選びください。 A週1～2回程度 B月1～2回程度 C不定期 Dその他 ( ) ③ 活動を希望する受入機関名（介護サービス事業所名） ※複数記入可能です。 ( )			
※本書の記載内容その他サポーター活動に関する私の個人情報を、必要に応じて、サポーターの受入機関等の関係機関に提供することを同意します。 【自署】			