

様式 1

傾聴ボランティア訪問支援事業登録書

令和 年 月 日

下記のとおり登録いたします。

利用者	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所				電話番号	()
	家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族 (配偶者・子ども・親戚・その他 ())				
	緊急時連絡先	氏名 (続柄) 電話番号				
	訪問の希望日	月・火・水・木・金・土 午前 (9~12時) ・ 午後 (13~17時)				
支援者	所属・氏名	所属 氏名				
備考欄	連絡事項 (希望することや注意してほしいことなど)					
同意欄	私は、傾聴ボランティア訪問支援事業に賛同し、個人情報同事業においてのみ活用されることを承諾いたします。 令和 年 月 日 氏名 _____ (印)					

受付	令和 年 月 日 ()	受付者	
----	--------------	-----	--