

傾聴ボランティア活動について(個人)

このたびは、お問い合わせ頂きありがとうございます。

傾聴ボランティアの案内と活動依頼カードとなります。よろしくお願いいたします。

【傾聴ボランティアご利用までの流れ】

- ① 活動依頼カードを鯖江市ボランティアセンターのホームページからダウンロードしてください。
- ② ご本人の意思を確認後、活動依頼カードを記入(代筆可)し、郵送・Fax で送ってください。
緊急連絡先が親族等でいない場合は、ご担当の方をお願いいたします。
- ③ 傾聴ボランティアとマッチングを行い、初回の日時等を電話で相談させていただきます。
その場合の連絡先を備考欄に記入してください。
- ④ 日時が決まりましたら、事前にご担当の方とボランティアで打ち合わせを行います
その後、利用者宅にご担当の方と一緒に傾聴ボランティアが訪問します。
- ⑤ その後、同じボランティアが継続的に訪問します。

【傾聴ボランティアの活動内容】

・傾聴ボランティアは、ご利用者宅もしくは施設ご入居者の場合は施設内でお話を聴かせていただきます。(傾聴は話し合い手とは異なりますので、ご理解ください。)

身体介護、買い物、ご利用者との外出等は一切できませんのでご了承下さい。

・活動時間は午前9:00から午後5:00までです。

土・日・祝休日、年末年始等、当センターの休業日は活動もお休みとなります。

・お茶やお菓子などはいただかないお約束となっておりますので、お気遣いのないようご協力をお願い申し上げます。

※ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

鯖江市ボランティアセンター
TEL 0778-51-0091
FAX 0778-51-8079

依頼日 年 月 日

傾聴ボランティア活動依頼カード

フリガナ		生年月日	性 別
氏 名		年 月 日 (歳)	男 ・ 女 ・ 未回答
住 所	〒 - 【 自宅 / 施設 】		
電話番号			

世帯状況	独居 ・ 同居 夫婦 ・ 親 ・ 子ども ・ 兄弟 その他()		
介護サービス 利用状況			
要介護度		聴 力	普 通 ・ 聞こえ難い (補聴器 有 ・ 無)
病 歴	現在の病気： 既往症：		

希望回数	月 1 回 ・ 月 2 回	希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
希望時間	午前 / 午後 : ~ : 頃 ※1 時間程度以内		

傾 聴 依頼理由	
-------------	--

緊急連絡先	氏 名		続柄	
	住 所	〒 -		
	電話番号			

担当者名: ケアマネ / 保健師 / その他()

連絡先: _____

☆依頼内容を、ボランティアに必要事項として伝える場合がありますので、ご了承ください。