

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	大・昭	年	月 日
年 齢	歳	性 別	
本人確認書類	運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証・介護保険証 その他（ ）		

◎ 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)。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>																	
	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。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>																
活動可能な曜日・時間	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <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									
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 (具体的にご記入ください)		有 () ・ 無																	

◎ 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 ()	