

ちよこっとボランティア登録申込書

令和 年 月 日

私は、地域支援のボランティア活動に協力することに賛同し、主として活動する地域包括支援センターへの登録を希望します。

※必要事項の記入をお願いします。なお、該当する□にチェックを入れてください。

ふりがな		電話番号					
氏名		FAX番号					
		メールアドレス					
		緊急連絡先					
性別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日				
住所	〒 立川市 ()市	趣味・特技 資格・免許など					
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生（学校名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
活動の動機							
ボランティア保険加入状況	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない						
お手伝い可能な活動	内容	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 曜日、時間を決めて電話やメールをする <input type="checkbox"/> 定期的に訪問して声掛けする				
		<input type="checkbox"/> 定期的な支援	<input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 郵便物や新聞、牛乳の取り込み <input type="checkbox"/> 庭木の水やり <input type="checkbox"/> 手紙や通知の代読				
		<input type="checkbox"/> 不定期な支援	<input type="checkbox"/> 電球交換や壁掛時計の電池交換 <input type="checkbox"/> 簡単な物品の移動 <input type="checkbox"/> 入院中のペットのエサやり <input type="checkbox"/> 傾聴、話し相手 <input type="checkbox"/> 重い買物の補助 <input type="checkbox"/> 通院や金融機関への付き添い				
		<input type="checkbox"/> 地域サポーター活動	<input type="checkbox"/> サロンやつどい、介護予防教室などのサポート役 <input type="checkbox"/> その他イベントなどへの協力				
		<input type="checkbox"/> その他	(例：簡単なパソコンの使い方を教える事ができる)				
	曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> いつでも					
時間	<input type="checkbox"/> 午前（9時～13時頃） <input type="checkbox"/> 午後（13時～18時頃） <input type="checkbox"/> 夜間（18時～21時頃） 具体的な時間があれば記入→ 時 分～ 時 分						
活動についての要望など							
下記の各エリアを参考に、お手伝いいただける地域の町名にチェックを入れてください。							
	ふじみ包括 <input type="checkbox"/> 富士見町 <input type="checkbox"/> 柴崎町	はごろも包括 <input type="checkbox"/> 羽衣町 <input type="checkbox"/> 錦町	たかまつ包括 <input type="checkbox"/> 高松町 <input type="checkbox"/> 曙町 <input type="checkbox"/> 緑町	わかば包括 <input type="checkbox"/> 若葉町 <input type="checkbox"/> 栄町	さいわい包括 <input type="checkbox"/> 幸町 <input type="checkbox"/> 柏町 <input type="checkbox"/> 砂川町 <input type="checkbox"/> 泉町	かみすな包括 <input type="checkbox"/> 上砂町 <input type="checkbox"/> 一番町 <input type="checkbox"/> 西砂町	
※活動地域が重複している場合に、主に活動のできる地域をお書きください。							
【備考】							

この情報は原則として住所地、活動拠点の地域包括支援センターで登録しますが、必要に応じ他の地域包括支援センター、3箇所の福祉相談センター、立川市社会福祉協議会、民生委員・児童委員へ提供されることに同意します。

また、活動に際し知りえた個人情報をボランティアの活動中、および退任した後においても、正当な理由なく他人に漏らさないことを約束します。

署名

保護者署名
(未成年の場合)

【身分証明確認欄】

*登録番号等

 運転免許証 医療保険証 介護保険証 その他