

天草市長 様

天草市介護支援ボランティア登録申請書

天草市介護支援ボランティア活動に参加したいので、下記のとおり登録を申請します。なお、登録した個人情報については、活動の依頼や調整等を行うため、関係機関に開示されることに同意します。

記

介護保険 被保険者番号																				
申請者	住所	〒 天草市 (行政区)																		
	フリガナ																			
	氏名 (署名)																			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)																		
	電話番号	(自宅)									(携帯)									
特技・趣味等(あればご記入ください)																				
シルバーヘルパー会員の有無		有 ・ 無																		
サポーター養成講座受講の有無		認知症サポーター ・ 脳いきいきサポーター																		
生活支援・介護サポーター養成研修の有無		有 ・ 無																		

◆個人宅での支援活動の可否 (市で支援が必要と認めた人で、依頼があった場合)

話し相手	できる ・ できない
ゴミ出しや資源物の分類	できる ・ できない
買い物	できる ・ できない
電球交換	できる ・ できない
代筆・代読等	できる ・ できない
掃除(庭の草引きや玄関先等)	できる ・ できない

管理機関 (社協支所受付印)

(裏)

## 個人情報の保護に関する誓約書

天草市長 様

私は、介護支援ボランティアの活動を通して知り得た情報の一切を第三者に漏らしません。また、ボランティアを辞めた後も同様に第三者に漏らしません。  
以上、誓約いたします。

年 月 日

住所

氏名 (署名)