

年 月 日

（あて先）

甲 府 市 長

甲府市笑顔ふれあい介護サポーター登録申請書

甲府市笑顔ふれあい介護サポーター事業実施要綱第6第1項に基づき申請します。

ふりがな			生年月日		年齢		
氏名			大正 昭和	年 月 日	歳		
被保険者番号							
住所	(郵便番号 -) 甲府市						
電話番号			携帯電話番号				
ボランティア 経験	1 なし						
	2 あり (内容)						
希望活動内容 (○印をつけてください。)	1 ワリイ-ヨリ等の指導及び参加支援		2 施設の催事や行事の手伝い				
	3 お茶出し、配膳、下膳等の補助		4 散歩、外出及び館内移動の補助				
	5 利用者の話し相手		6 床掃除、草刈り、洗濯物の整理等				
	7 その他 ()						
特技・資格等							
希望日 (○印をつけてください。)	日	月	火	水	木	金	土

登録決定		
受付担当	係長	課長

登録 番号	
----------	--

※申請書の個人情報、甲府市笑顔ふれあい介護サポーター事業にのみ利用し、それ以外の目的には利用しません。

個人情報保護に関する誓約書

私は、介護サポーター活動を行うにあたり、施設内の個人情報保護に関する諸規定を遵守いたします。活動中はもちろん、終了後においても、業務上知り得た利用者等の個人情報その他の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

年 月 日

住 所

氏 名

印