様式第1号(第4条関係)

奥多摩町地域ささえあいボランティア事業入会申込書

会員別(1 利用会員 2 協力会員 3 特別協力会員)

| 氏名(ふりがな) T 住所 T 生年月日(年齢) 年月日(歳) 連絡先(電話) 電話番号携帯電話 緊急連絡先 住所氏名 電話番号 職業 氏名 続柄 年齢 家族の状況 日、名 続柄 年齢 利用会員のみ記入してください。 上でください。 上での受診支援に関すること。 との方のみ記入してください。 との方のみ記入してください。 1 医療機関などへの受診支援に関すること。 は関すること。 1 利用者の家以外での見守り支援に関すること。 4 利用者の家以外での見守り支援に関すること。 | A A M M T M M A A | | 0 10 mm / 1 A | A) | |
|---|------------------------------|---|---------------|-----|----|
| 住所 年月日(年齢) 年月日(歳) 連絡先(電話) 電話番号 | ,, | | | 世帯主 | |
| 連絡先(電話) 電話番号 携帯電話 緊急連絡先 住所 氏名 電話番号 職業 氏名 続柄 年齢 家族の状況 人工ください。 基 援助できる内容 1 医療機関などへの受診支援に関すること。 2 買い物等支援に関すること。 協力会員・特別協力 会員の方のみ記入 してください。 3 利用者の家での見守り支援に関すること。 4 利用者の家以外での見守り支援に関すること。 | 住 所 | Ŧ | | | |
| 連絡先 携帯電話 緊急連絡先 住所 氏名 電話番号 職業 氏名 続柄 年齢 お放っ状況 利用会員のみ記入してください。 「医療機関などへの受診支援に関すること。」」 提助できる内容 1 医療機関などへの受診支援に関すること。」」 協力会員・特別協力会員の方のみ記入してください。 3 利用者の家での見守り支援に関すること。」 4 利用者の家以外での見守り支援に関すること。 | 生年月日 (年齢) | 年 | 月 日 | 日(| 克) |
| 緊急連絡先 氏名 電話番号 職業 氏名 続柄 年齢 家族の状況 利用会員のみ記入してください。 長妻・特別協力会員・特別協力会員の方のみ記入してください。 1 医療機関などへの受診支援に関すること。 2 買い物等支援に関すること。 協力会員・特別協力会員の方のみ記入してください。 利用者の家での見守り支援に関すること。 3 利用者の家以外での見守り支援に関すること。 | 連絡先(電話) | | | | |
| 氏名 続柄 年齢 家族の状況 利用会員のみ記入してください。 () 援助できる内容 1 医療機関などへの受診支援に関すること。 協力会員・特別協力会員の方のみ記入してください。 2 買い物等支援に関すること。 4 利用者の家での見守り支援に関すること。 4 利用者の家以外での見守り支援に関すること。 | 緊急連絡先 | | | | |
| 家族の状況 利用会員のみ記入してください。 1 医療機関などへの受診支援に関すること。 協力会員・特別協力会員の方のみ記入してください。 2 買い物等支援に関すること。 4 利用者の家以外での見守り支援に関すること。 | 職業 | | | | |
| 世界の は | 家族の状況 | 氏 | 7.1 | 続柄 | 年齢 |
| 協力会員・特別協力 会員の方のみ記入 してください。 1 医療機関などへの受診支援に関すること。 2 買い物等支援に関すること。 3 利用者の家での見守り支援に関すること。 4 利用者の家以外での見守り支援に関すること。 | | | | | |
| 備考欄 | <u>協力会員・特別協力</u> 会員の方のみ記入 | 2 買い物等支援に関すること。3 利用者の家での見守り支援に関すること。 | | | |
| | 備考欄 | | | | |

上記のとおり、奥多摩町地域ささえあいボランティアセンターへ入会を申し込みます。

年 月 日

氏 名

注 特別協力会員は、自動車運転免許証の写し、自動車保険(任意保険)の内容が分かる写し、車検証の写しを添付してください。