

様式第4号（第5条関係）

年 月 日

（あて先）社会福祉法人 吉岡町社会福祉協議会会長

申請者  
住 所  
氏 名  
連絡先（TEL） —

吉岡町社会福祉協議会傾聴ボランティア派遣事業利用申請書

傾聴ボランティア派遣事業を利用したいので下記のとおり申請します。

また、個人情報の取扱いについて下記のとおり同意します。

記

利用 対象 者	ふりがな				生年月日	T S H	年 月 日	
	氏名						( ) 歳	
	連絡先	住所	吉岡町					
		電話		FAX			性別	
世帯 構成	(1) 1人暮らし高齢者世帯 (2) 2人暮らし高齢者世帯 (3) その他 ( )					男 ・ 女		
同居家族 の状況	氏名	続柄	性別	年齢	備考			
訪問希望日	月 回程度 / 週 回程度 <input type="checkbox"/> 月 (AM・PM) <input type="checkbox"/> 火 (AM・PM) <input type="checkbox"/> 水 (AM・PM) <input type="checkbox"/> 木 (AM・PM) <input type="checkbox"/> 金 (AM・PM)                      時 ~ 時							
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号			
派遣理由								
病歴	現在の病気： 既往症：							
趣味								
聴力	普通・聞こえづらい（補聴器 有 ・ 無 / 右 ・ 左 ・ 両方）							
備考								

※個人情報の取り扱いについて

吉岡町社会福祉協議会が必要に応じて、氏名や住所等のサービス提供に必要な個人情報を訪問するボランティア等に提供することに同意します。また緊急時には警察署や消防等に個人情報を提供することに同意します。