

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

山陽小野田市長 宛

申請者 住所

氏名

㊟

山陽小野田市介護支援ボランティア登録申請書

介護保険第2号被保険者における山陽小野田市介護支援ボランティア活動制度に係る介護支援ボランティアの登録を受けたいので、介護保険第2号被保険者における山陽小野田市介護支援ボランティア活動制度実施要綱第5条第1項の規定に基づき申請します。

なお、この制度に係る関係機関に私の個人情報を提供することに同意します。

フリガナ 氏名	㊟		男・女
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)		
住所	〒 山陽小野田市		
電話番号	自宅電話		
	携帯電話		
FAX番号	ある： □上記自宅電話と同じ □上記と別（番号）	なし	
電子メール	ある：（アドレス）	なし	
活動希望場所及び活動希望内容	場所		
	場所		
	場所		
	内容		
	内容		
	内容		
ボランティア保険の加入の有無	加入済：（団体名）	未加入	