

柳川市長 様

柳川市介護予防ポイント活動者登録申請書

私は、次のとおり柳川市介護予防ポイント活動者として登録を申請します。
 なお、介護予防ポイント活動事業の実施に当たり、この申請書の記載内容について、市（事業の委託先を含む。）が受入機関等に情報提供することに同意します。

フリガナ									介護保険被保険者番号							
氏名	ⓐ															
住所	柳川市															
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女										
電話番号	() / 携帯電話				-		-									
緊急連絡先	氏名 (続柄)				住所 電話番号 ()											
※ 希望する番号又は箇所には○を付けてください。(複数回答可)																
活動内容	1	柳川市が実施する介護予防教室等の運営補助														
	2	受入機関等	レクリエーション等指導、参加支援													
	3		入所者・利用者の話し相手													
	4		散歩、外出などの移動補助													
	5		お茶出し、配膳の補助													
	6		模擬店、会場設営、芸能披露などの行事の手伝い(芸能披露含む。)													
	7		その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動(例：草刈、洗濯物整理など)													
活動日時		日	月	火	水	木	金	土								
	午前															
	午後															
活動頻度	1 週 () 回				2 月 () 回				3 年 () 回							
主な移動手段	1 自動車		2 バイク		3 自転車		4 徒歩		5 バス							
活動場所	1 市内どこでも良い 2 自宅近辺 3 その他 ()															
	4 施設名 ()															
資格・趣味・特技																
備考	(所属ボランティア団体)															

受付	柳川・大和・三橋 No.
----	--------------

個人情報保護に関する誓約書

私は、受入機関等で介護予防ポイント活動をするにあたり、受入機関等内で知り得た利用者等の個人情報については、活動中はもちろん、終了後においても第三者に正当な理由なく漏らすことはいたしません。以上、誠実に遵守することを誓います。

署名 _____