

中国残留邦人等語りかけボランティア訪問申込書

年 月 日

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

北海道中国帰国者支援・交流センター 所長 あて

中国残留邦人等語りかけボランティアの訪問を受けたいので次のとおり申し込みます。

申 込 者	申込者名	
	電話番号	
中国残留邦人等	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生 (歳)
	性 別	男 女
	介 護 度	要支援 1 要支援 2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5
	聴 力	普通 聞こえにくい (右・左) 補聴器 (有・無)
訪問時に利用の 介護サービス	デイサービス デイケア ショートステイ 施設サービス (特養入所 ・ 老健入所) その他 ()	
訪問する事業所等	住 所	
	事業所名	
	電話番号	
担当ケアマネ	氏 名	
	電話番号	

※申し込み内容を確認後、訪問の可否をご連絡します。

※記載内容については、当事業以外の目的には使用いたしません。また、ボランティア活動で知り得たことは、当該活動以外には口外いたしません。

(以下は記入しないでください)

センター処理欄

訪問先の上承	可 ・ 不可 事業所担当者名 () (事業所からの申し込みの場合は残留邦人の了承)	月 日
ケアマネ等への連絡	月 日	
登 録	有 ・ 無	
訪問希望	<input type="checkbox"/> 定期的な訪問 (希望曜日) 曜日 時 分頃 <input type="checkbox"/> 不定期な訪問 (希望日時) 月 日 (曜日) 時 分頃	備考
緊急連絡先①氏名	続柄 住所	電話
緊急連絡先②氏名	続柄 住所	電話