

傾聴ボランティア活動依頼シート（在宅）

傾聴ボランティアをご希望の際は、下記へご記入の上、江別市ボランティアセンター（江別市社会福祉協議会内）のFAX、メールまたは窓口にて直接ご提出ください。

提出先⇒江別市ボランティアセンター FAX：011-385-1236 / MAIL：volunteer@ebetsu-shyakyo.jp

＜お問い合わせ先＞ 江別市ボランティアセンター（市社協内）：011-385-1234

申込日：令和 年 月 日

依頼者	ふりがな氏名		対象者との関係	(事業所・施設名：)		
	住所	〒	連絡先	電 話： メール：		
対象者	ふりがな氏名	〒	性別	男 ・ 女	年齢	歳
			介護度	要支援 / 要介護 1・2・3・4・5		
	住所	〒	連絡先			
	世帯	独居 ・ 家族と同居（日中は独居） ・ その他（ ）				
	認知症状	あり ・ なし	基本情報等の提出	可 ・ 不可		
	ボランティア希望理由					
特記事項						
希望曜日 (複数可)	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		時間帯	①	:	～
頻度	月に 回 ・ 週に 回 (☐ 隔週希望 / ☐ 毎週希望)		ボランティアの性別	②	:	～
訪問先	住所：		駐車場	③	:	～
	施設名：			男性 ・ 女性 ・ どちらでも可		
	ペット： いる（ ） ・ いない		回答期限		月 日まで	
備考						

社 協 記 入 欄		社協受付日：	月 日	受付者：	
調整結果	☐ 調整完了 (月 日) ☐ 調整できず終了 (月 日)	【経過と結果】			
	受付番号：				