

在宅福祉サービス協力会員登録申込書

年 月 日

社会福祉法人 五霞町社会福祉協議会 様

次のとおり外出サービス利用会員の申込みをいたします。

申請者	住 所		電話	
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳

緊急連絡先	氏 名	続柄	住 所	電 話

協力できる時間（8時30分～17時まで）

	月	火	水	木	金	土
時 間	～	～	～	～	～	～

※ 外出サービスとは、下記に示したサービスを提供することを言います。

- ・ 病院への送迎（付き添いはなし）
- ・ 外出への送迎（買い物、散髪等）
- ・ その他（買い物等）

資格・免許等

健康状態（病院にかかっていたり、常時服用している薬等がある場合その旨を記載等）

※運転に支障がある場合、講習をお断りする場合がございます。

備考（その他活動するにあたっての条件、希望がありましたらご記入ください）