第１号様式（第６条関係）　　　　　　　　　　　　　　地域包括支援センター・居宅介護支援事業所→日進市社会福祉協議会

傾聴ボランティア派遣依頼申請書

年　　　月　　　日

社会福祉法人　日進市社会福祉協議会会長　あて

申請者　事業所名

氏名

電話番号

　下記のとおり、傾聴ボランティア派遣を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ利用者氏名 |  | 男・女 | M・T・S　　　年　　月　　日生（　　）歳 |
| 住所 |  | 電話Fax | （　　）（　　） |
| 申請理由 |  |
| 傾聴利用希望日（曜日･時間） | 毎週　・月２回・月１回月　・　火　・　水　・　木　・　金　　午前・午後　　　　時～　　　時 |
| 傾聴ボランティアへの希望（同性が良い等） |  |
| 福祉サービスの利用状況 |  |
| 生活歴、楽しみ、趣味、特技等 |  |
| 一日の過ごし方 |  |
| 感染症の有無　　 | 有　　・　　無 |
| 家族の状況（例：1週間に一度安否確認をしている、同居しているが日中独居、等） |  |

※裏面もご記入ください

緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ケアマネジャー | 氏名： | 事業所名： | TEL |
| ご家族 | 氏名： | 続柄： | TEL |
| その他(　　　)　 | 氏名： | 本人との関係： | TEL |

利用希望者自宅　周辺地図

|  |
| --- |
|  |

※ボランティアが利用できる駐車場があれば、その位置もご記入ください。

**個人情報の取扱いに関する同意欄　(利用者記入欄)**

私は、傾聴ボランティアを利用することに同意します。また、利用期間中社会福祉協議会及び活動ボランティアに個人情報を提供することに同意いたします。また、活動報告書に個人情報を記載することに同意いたします。

|  |
| --- |
| 利用希望者本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |