

## サポーター(援助者)登録用紙

※組合員相互の援助活動なので、未加入の方は加入をお願いします。

ふりがな			申込日	年	月	日
氏名			生年月日	昭和 平成	年	月 日
性別	男 ・ 女		年齢	歳		
住所	〒 -					
連絡先	連絡先に○をつけて電話番号をご記入ください。					
	自宅 ・ 勤務先 ・ その他( ) 電話番号					
	*お持ちの方 携帯番号					
メールアドレス	携帯電話					
	パソコン					
ボランティア活動が可能な曜日・時間帯	ボランティア可能な曜日に○をつけてください。					
	回数	週・月	回・不定期	毎週	第 週	隔週
	日・月・火・水・木・金・土			午前・午後	時頃から	時頃まで
交通手段	自転車(可・不可) ・ 原付バイク(可・不可) ・ 自動車(可・不可) ・ 徒歩					
支援内容	可能な内容すべてを○で囲んでください。					
	家事支援	①調理 ②片づけ ③洗濯 ④窓ふき ⑤換気扇やレンジなどの掃除 ⑥障子の張り替え ⑦買い物代行 ⑧ワックスかけ ⑨ゴミ出し				
	日常生活支援	①草取り ②庭木の手入れ ③家庭内備品の簡単な補修 ④ペットの世話 ⑤衣替えの手伝い ⑥簡単な洋裁、和裁				
	外出支援	①通院時の付き添い ②買い物同行				
	子育て支援	①保育園などの送迎 ②産前・産後の手伝い ③保育				
	その他	①見守り ②話し相手 ③将棋や囲碁の相手				
	上記以外で支援できるものが有りましたらお書きください。					
趣味・資格等	趣味( ) 資格( ) その他( )					
記事特項	他のボランティア、各種団体に参加歴があればご記入ください。					
※メールアドレスがある方は上記欄に記入をお願いします。						
コーディネーターさんからの連絡軽減の為、登録をお願いいたします。						
* 記入していただいた個人情報は、暮らしサポーターの活動に関するお知らせのみに活用します。						

申込はFAXまたは郵送でお願いします(FAX番号: 048- 294- 1601)。

※誤送信にお気を付けください。

〒333-0831

医療生協さいたま 暮らしコーディネートセンター

川口市木曽呂1317 ふれあい会館2階