

様式第1号-2 (第4条関係)

小川町地域支え合いサービス事業協力会員登録申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人小川町社会福祉協議会
会長 松本恒夫 様

(申込者)

氏名 _____ 印

小川町地域支え合いサービス事業の協力会員として登録したいので、下記のとおり申し込みします。

記

協力会員の申し込み

住 所	〒 小川町		
電話番号	()	携帯電話	()
性 別	男 ・ 女	生年月日	昭和 年 月 日生
協力できる 内容	1 電球交換 2 部屋の掃除 3 軽易な家具の移動 4 軽易な家の補修 5 軽易な草むしりや庭木剪定 6 生活必需品の買い物代行 7 自動車の運転を伴わない外出の支援 8 話し相手や見守り 9 その他会長が必要と認めるサービス		
協力可能な 時間	時 分～ 時 分		
緊急連絡先	氏名	続柄	Tel