

地域福祉サポーター 登録用紙

地域福祉サポーターとして、下記のとおり「中核地域生活支援センターひだまり」に登録いたします。又、地域福祉サポーター登録の解消は、センターに申し出て頂ければすぐに行えます。

登録年月日	平成 年 月 日	
お名前	①	
生年月日	年 月 日	
ご住所	〒	
連絡先（ご自宅）		
連絡先（携帯）		
勤務先		
勤務先電話番号		
ご職業		
ホームページ上の登録者リストへの氏名の公開	可 ・ 不可	
ご協力いただける分野		
ご協力いただける内容	曜日	
	時間帯	
	相談内容に関する協力	可 ・ 不可
	地域情報に関する協力	可 ・ 不可
	その他（内容等）	

正当な理由がない限り、地域福祉サポーター業務に関して知り得た人の秘密を漏らさないことを約束いたします。尚、地域福祉サポーターの登録を解消した後においても同様とします。

平成 年 月 日
氏名 ①