専門職ボランティア　登録申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 |  |
| 郵便番号 |  | 年齢 |  |
| 住所 |  | | |
| 連絡先 |  | | （自宅） |
|  | | （携帯） |
| E-mail |  | | |
| 資　　　格 | （　　　）介護支援専門員　　　　　（　　　）主任介護支援専門員 （　　　）社会福祉士  更新が必要な資格について、現在更新していなくてもかまいません。対人援助のお仕事をしていたときの資格をご記入ください。 | | |
| 希望センター  (　)に〇を入れてください。 | 専門職ボランティア活動を希望する認知症疾患医療センター  （　　）甲南医療センター　　　　　　（　　）宮地病院  （　　）神戸大学医学部付属病院　（　　）神戸百年記念病院  （　　）兵庫県立ひょうごこころの医療センター  （　　）神戸市立医療センター西市民病院　　（　　）新生病院 （　　）どこのセンターでもかまわない | | |

この個人情報は、ボランティア保険の登録、認知症疾患医療センターへの通知のみに利用いたします。

郵送先

　　〒　652-0897

神戸市兵庫区駅南通5丁目1-2健康ライフプラザ５階

神戸在宅医療・介護推進財団　認知症対策課