

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 - m a i l			
資 格	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 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○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 <input type="checkbox"/> 甲南医療センター <input type="checkbox"/> 宮地病院 <input type="checkbox"/> 神戸大学医学部付属病院 <input type="checkbox"/> 神戸百年記念病院 <input type="checkbox"/> 兵庫県立ひょうごこころの医療センター <input type="checkbox"/> 神戸市立医療センター西市民病院 <input type="checkbox"/> 新生病院 <input type="checkbox"/> 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