

傾聴おはなしボランティア 利用申込書(新規・継続)

申込日 年 月 日

●申込者			
住 所			
(フリガナ) 氏 名		利用者 との関係	
電話番号	() -		
●利用者			
住 所			
(フリガナ) 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	() -		
●利用希望日程 前期(4月～9月)・後期(10月～3月) ※どちらかに○をつけてください			
希望される日時または都合が悪い日時をご記入ください。			
※日程調整等の連絡先			
申込者 ・利用者 ・ ケアマネジャー			
その他(氏名 続柄 連絡先)			
●担当ケアマネジャーがいる場合はご記入ください			
担当 ケアマネジャー		事業所名	(TEL :)
●緊急時連絡先			
(フリガナ) 氏 名		利用者との関係 電話番号	() -
(フリガナ) 氏 名		利用者との関係 電話番号	() -
【 傾聴おはなしボランティアが気をつけることがあれば記入してください 】			

認知症の方やそのご家族の方へ

傾聴おはなしボランティアをご利用ください！

傾聴おはなしボランティアとは、傾聴ボランティア活動のための研修を受けたボランティアが伺い、認知症の方やそのご家族のみなさんのお話に耳を傾けるおはなし相手です。

子どものころの思い出、最近の出来事、悩みや不安等、どんなことでもお話してください。



○利用できる方

- ・市内にお住まいの認知症の方やそのご家族



○活動内容

- ・傾聴おはなしボランティアがお話を聴きます
- ・回数は月に2回まで、1回1時間程度。料金は無料です
- ・身体に直接ふれる介護は行いません

○秘密を守ります

- ・お話し中に知り得た内容は、絶対に口外しません。



- ❁ 利用を希望される方は、裏面申込書に必要事項をご記入のうえ、基幹型地域包括支援センターにお申し込みください。
- ❁ 詳しい訪問日時の調整は、利用者様とボランティアさんの都合を調整し、連絡します。
- ❁ 緊急時連絡先は、傾聴おはなしボランティア、地域包括支援センター、担当ケアマネジャーで共有します。ご了承ください。

<申込み・問い合わせ先>

包括名（担当地域）	住所・電話番号
東広島市基幹型地域包括支援センター	西条栄町8番29号（東広島市役所内） （082）422－1022

☆申請書は、東広島市ホームページからダウンロードできます。

東広島市ホームページサイト内検索

傾聴おはなしボランティア



申請書