

係	事務局長代理	事務局長	理事長

【赤穂市介護予防事業】

【申請日】 年 月 日

介護支援ボランティア登録申請書

※太枠は必ずご記入ください

登録番号			
(ふりがな) 氏名	印	生年月日	大・昭 年 月 日
住所	赤穂市		
電話			
介護保険 被保険者番号		兵庫県ボランティア・ 市民活動災害共済	加入・未加入
希望活動内容			
活動可能日時			

受付者	印
-----	---