

様式第 1 号（第 5 条第 4 項関係）

年 月 日

（管理機関） 様

介護支援ボランティア登録申請書

私は介護支援ボランティア活動を行いたいので、函館市介護支援ボランティアポイント事業実施要綱第 5 条第 4 項の規定に基づき申請します。

住 所	函館市
氏 名	ふりがな（ ）
生年月日（年齢）	明治 大正 年 月 日（ 歳） 昭和
電話番号	自宅 携帯
自己 P R（資格， 特技，趣味など）	

（本書に記載いただいた個人情報については、函館市介護支援ボランティアポイント事業の運営に関する以外に利用しません。）

※管理機関記入欄

介護保険被保険者番号			
登録番号		登録年月日	年 月 日