

第1号様式(第4条関係)

友愛訪問員登録申込書兼登録票

氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日		※登録年月日及び番号	
			(歳)		年 月 日	
					第 号	
住所	〒 武蔵村山市		電話(自宅)	()		
			ファクシミリ	()		
			携帯電話等	()		
家族構成	氏 名	年 齢	続 柄	緊 急 連 絡 先		
その他の緊急連絡先	氏 名	続 柄	電 話 番 号			
登録要件(該当する項目の□にレ印を付けてください。) <input type="checkbox"/> 社会福祉士、介護福祉士、保健師、看護師、准看護師又は介護支援専門員の資格を有している。 <input type="checkbox"/> 弁護士又は司法書士である。 <input type="checkbox"/> 臨床心理士の資格を有している。 <input type="checkbox"/> 心理カウンセリング、相談又は傾聴に関する講習を修了している。 <input type="checkbox"/> 保健、医療又は福祉に関する業務に5年以上従事した(従事している)。 <input type="checkbox"/> その他()						

確実に活動できる日に○印を付けてください。

	月	火	水	木	金	土	日	備 考
午 前								
午 後								

特記事項(活動する上での希望など)

上記のとおり、友愛訪問員としての登録を申し込みます。

年 月 日

氏 名 _____

武蔵村山市長 殿
注 ※印の欄は、記入しないでください。

(日本工業規格A列4番)