様式第４号（第４関係）

年　　月　　日

北上市長　様

申請者　住所

氏名

（患者との続柄　　）

緩和ケア支援事業ボランティア利用申請書

<table>
<tr><td>患者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">北上市</td><td>電　話</td><td></td></tr>
<tr><td>病院主治医</td><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td><td>医師名</td><td></td></tr>
<tr><td>在宅主治医</td><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td><td>医師名</td><td></td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="3"></td><td>告知の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>主な介護者</td><td colspan="3"></td><td>患者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">希望するボランティア内容　　該当するものに〇を付けてください。

・散歩の付き添い　　・話し相手（　本人　・　家族　）
・買い物　　・その他希望（　　）
・留守番（見守り）</td></tr>
<tr><td colspan="6">希望する回数、時間帯及び利用期間</td></tr>
</table>

※１　１回につき最大１～２時間程度ご利用いただけます。

２　利用頻度については、定期もしくは単発のどちらかを選択いただけます。