

記入例

R5～

様式第4号（第4関係）

令和5年4月3日

北上市長 様

申請者 住所 **北上市芳町1-1**

<例>本人・母・子など

氏名 **北上 一美**

(患者との続柄 **本人**)

緩和ケア支援事業ボランティア利用申請書

日中連絡が取れる番号をご記入ください

患者氏名	北上 一美	生年月日	昭和 35 年 5 月 1 日（ 62 歳）	
住所	北上市 ●●通り3-3		電話	72-8296
病院主治医	医療機関名	北上さくら病院	医師名	新穀 一男
在宅主治医	医療機関名	北上往診クリニック	医師名	本石 文二郎
病名	膵臓がん		告知の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
主な介護者	北上 常子		患者との続柄	
希望するボランティア内容 該当するものに○を付けてください				
<ul style="list-style-type: none">散歩の付き添い<input checked="" type="radio"/>買い物留守番（見守り）話し相手（本人 ・ 家族）その他希望（ ）				
希望する回数、時間帯及び利用期間				
毎週水曜日 10時～11時				
<ul style="list-style-type: none">○定期の例 毎週月 ○時～○時○単発の例 ○月○日（曜日）○時～○時				

空欄でも構いません

※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。