

年 月 日

北上市長 様

申請者 住所

氏名 ⑩
 （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

患者氏名		生年月日	T・S・H	年 月 日(歳)
住 所	北上市	電 話	()	
病院主治医	医療機関名		医師名	
在宅主治医	医療機関名		医師名	
病 名		告知の有無	有 ・ 無	
主な介護者		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 • 話し相手 (本人 ・ 家族) • 買い物 • その他希望 () • 留守番 (見守り) 				
希望する回数、時間帯及び利用期間 				

- 備考 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。