

# 記入例

R7.4~

様式第4号（第4関係）

令和7年4月1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	<b>北上 一美</b>	生年月日	昭和 <b>35</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日 ( <b>64</b> 歳)
住所	北上市 <b>●●通り3-3</b>	電話	<b>72-8296</b>
病院主治医	医療機関名 <b>北上さくら病院</b>	医師名	<b>新穀 一男</b>
在宅主治医	医療機関名 <b>北上往診クリニック</b>	医師名	<b>本石 文二郎</b>
病名	<b>膵臓がん</b>	告知の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無
主な介護者	<b>北上 常子</b>	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			
<input checked="" type="checkbox"/> 散歩の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 留守番（見守り） <input type="checkbox"/> 話し相手（本人・家族） <input type="checkbox"/> その他希望（ ）			
希望する回数、時間帯及び利用期間			
<b>・毎週水曜日 10時～11時</b>			
<input type="checkbox"/> 定期の例 毎週月 ○時～○時 <input type="checkbox"/> 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。