

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	北上 一美	生年月日	昭和35年5月1日(64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			
<div><div><div><input checked="" type="radio"/>散歩の付き添い</div><div><input type="radio"/>買い物</div><div><input type="radio"/>留守番(見守り)</div></div><div><div><input type="radio"/>話し相手(本人・家族)</div><div><input type="radio"/>その他希望()</div></div></div>			
希望する回数、時間帯及び利用期間			
<div>・毎週水曜日 10時～11時</div> <div><div>○定期の例 毎週月 ○時～○時 ○単発の例 ○月○日(曜日) ○時～○時</div></div>			

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。