年　　月　　日

姶良市長　　殿

姶良市介護予防・健康増進活動登録申請書

登録番号（市記載欄）

ふりがな		性別	1　男　　2　女
氏名	㊞	生年月日	明　大　昭 年　　月　　日
住所	〒８９９－ 姶良市		
電話	固定電話	携帯電話	
ボランティア経験	1　なし 2　あり（活動時期：　　年　　月頃～　　年　　月頃迄・現在に至る） （内容　　）		
特技・資格等			
希望する活動	施設ボランティア（姶良市内に位置する事業所に限る）	1　レクリエーション及び趣味活動の指導並びに参加支援 2　食堂内の配膳・下膳の補助 3　利用者の話し相手、利用者との交流等 4　施設内外の清掃 5　洗濯物等の整理 6　行事等の手伝い 7　その他施設職員とともに行う軽微・補助的な業務	
日常生活上の移動手段	1　徒歩　　2　自転車　　3　バイク　　4　自動車　　5　交通機関 6　その他（　　）		

本申請書に記載した私の個人情報を、姶良市介護予防・健康増進活動者受入施設に提供することについて、（　同意します。　　同意しません。　）

署名（同意する場合のみ）

個人情報保護に関する誓約書

姶良市長　様
姶良市介護予防・健康増進活動者受入施設管理者

私は、介護予防・健康増進活動を行うに当たり、姶良市介護予防・健康増進活動者受入施設の個人情報保護に関する諸規定を遵守いたします。そして、当該活動登録中に知り得た個人情報を第三者には決して漏らしません。このことは、登録を辞退し、又は取り消された後も遵守いたします。

年　　月　　日

署名