

公益社団法人沖縄県看護協会
ボランティア(受入れ施設用)登録カード(No.)

受付月日	平成 年 月 日	
施設名 施設長 担当者		
住 所	〒	
連絡先	電話	
	FAX	
	E-mail	
ボランティア受入の経験	有 現在受け入れ中のボランティア内容をご記入ください。 ・ 無	
希望するボランティア内容 (希望内容に○印をして下さい)	1. 話し相手、見守り、散歩、読み聞かせなど 2. 食事介助 3. 手仕事(看護用品の準備・おむつギャザーカットなど) 4. その他()	
	受入れ部署など	
備 考	* 希望する時間帯や貴施設におけるボランティア保険、健康診断書の有無等についてご記入ください。	