

受付番号 _____

令和 年 月 日

清瀬市長 殿

きよせ介護サポーター登録申請書

きよせ介護サポーター活動を行うため登録を申請します。

なお、きよせ介護サポーター活動にかかる関係機関に私の個人情報を提供することに同意します。

住 所	清瀬市	
ふりがな		
氏 名		男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)	
介護保険 被保険者番号		
電話番号	自宅	
	携帯	
その他 ○既に介護施設 [※] での活動中の場合は、その施設名をご記入ください。 ○趣味、特技等がございましたらご記入ください。(任意)		