

傾聴ボランティア派遣について（個人）

このたびは、お問い合わせ頂きありがとうございます。

傾聴ボランティアの案内と派遣依頼書となります。よろしくお願いいたします。

【傾聴ボランティアご利用までの流れ】

- ① お問い合わせを頂いた関係機関に公社から派遣依頼書等を郵送します。
※ホームページからダウンロードすることも可能です。
- ② ご本人の意思を確認後、派遣依頼書を記入（代筆可）し、公社に郵送で送ってください。
緊急連絡先が親族等でいない場合は、ご担当の方をお願いいたします。
- ③ 傾聴ボランティア員をお探し、初回の日時等を電話で相談させていただきます。その場合の連絡先を指定してください。
- ④ 日時が決まりましたら、利用者宅に傾聴ボランティア員が訪問します。
- ⑤ その後、同じボランティア員が継続的に訪問します。

【傾聴ボランティアの活動内容】

- ・ 傾聴ボランティア員は、ご利用者宅もしくは施設ご入居者の場合は施設内でお話を聴かせていただきます。
- ・ 身体介護、買い物、ご利用者との外出等は一切できませんのでご了承下さい。
- ・ 活動時間は午前9：00から午後5：00までです。1回1時間です。
土・日・祝休日、年末年始等、公社の休業日は活動もお休みになります。
- ・ お茶やお菓子などはいただかないお約束となっておりますので
お気遣いのないようご協力を、お願い申し上げます。

※ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

〒273-0005

船橋市本町 2-7-8 船橋市福祉ビル4F

（公財）船橋市福祉サービス公社 事業企画課

傾聴ボランティア員派遣担当 土屋

TEL 047-436-2831

FAX 047-436-2833

傾聴派遣依頼書

フリガナ			依頼日	
氏 名			令和	年 月 日
生 年 月 日	年	月	日 (歳)	性 別 男 ・ 女
派遣先住所	〒 ー (自宅 / 施設)			
派遣先電話番号				

出 身 地				
趣 味				
世 帯 状 況 (家族構成)	独 居 ・ 同 居		夫婦 ・ 親 ・ 子ども ・ 兄弟 その他 ()	
病 歴	現在の病気 : 既 往 症 :			
介護サービス 利用 状 況				
要介護度		聴力	普 通 ・ 聴こえ難い (補聴器 有 ・ 無)	

希 望 回 数	月 () 回	※月1~4回
希 望 曜 日	月 火 水 木 金	
希 望 時 間	午前 / 午後	: ~ : 頃

傾 聴 依 頼 理 由				
----------------	--	--	--	--

緊急連絡先	氏 名		続 柄	
	住 所	〒 ー		
	電話番号			

連 絡 先	本人 ・ 担当者 ・ その他 ()
-------	--------------------

備 考				
-----	--	--	--	--

事業所名: _____

担当者名: _____ ケアマネ/保健師/その他 ()

電話番号: _____

★依頼書の内容を、ボランティア員に必要事項として伝える場合がありますので、ご了承下さい。

★記入後は個人情報になりますのでFAXは不可です。