

(様式第2号)

お困りごと支援事業「支援者登録票」

受付日 令和 年 月 日

氏名	フリガナ 男・女
住所	行政区名()区
生年月日	大正 昭和 年 月 日生(歳) 平成
電話番号	☎(固定電話) 0955 - - ☎(携帯電話) - -
職業 (勤務先)	
活動可能日時	ご希望される曜日に○をつけてください。 曜 日 月・火・水・木・金・土・日 時間帯 時頃から 時頃まで
活動可能区域	ご希望される区域に○をつけてください。 ・市内全域 ・()地区・町内 ・()行政区内
特技または 得意分野	
希望される 支援活動	ご希望される支援活動に○をつけてください。 ・電球および蛍光灯の交換 ・ごみ出し ・家具・荷物の移動 ・簡易な庭木の剪定及び草刈り作業 ・日用品の買い物 ・その他()

社会福祉法人 伊万里市社会福祉協議会