

奈良市ボランティア登録制度 ボランティア依頼書

(新規 変更)

(※印は記入しないでください。)

受付日：令和 7 年 9 月 5 日

※受付場所	市・VC・VIC	※受付者	(印)	※No.	E65
法人格	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	(有の場合) 右に法人格を記入		医療 法人	
ふりがな	イリョウホウジンシンセイカイ ナラセントラルビョウイン ツウショリハビリテーション			担当者	いけだ ゆうすけ
団体名	医療法人仁誠会 奈良セントラル病院 通所リハビリテーション				池田 裕介
連絡先 (公開できるものを記入)	住所	〒631-0054 奈良県奈良市石木町800			
	電話番号	0742-93-7854	FAX番号	0742-93-7834	
	E-mail	ikedareha@naracentral.com			
依頼内容 (○印を付けて下さい)	<input type="checkbox"/>	施設ボランティア	<input type="checkbox"/>	継続的な活動	
	<input type="checkbox"/>	イベント・行事ボランティア	<input type="checkbox"/>	単発の活動	
日時	分	年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時			
	継続的な活動の場合 (詳細を記入)	(例：毎月第3火曜日 10:00~12:00) 毎月第1,3もしくは第2,4の月~金のどの曜日でも可、14:30~16:30			
場所	医療法人仁誠会 奈良セントラル病院 通所リハビリテーション				
募集人数	人	食事支給	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	交通費支給 (上限)	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 円
	その他 支給実費等				
集合場所	1階総合受付		集合時間	午前・午後 14時 15分	
内容	※なるべく詳しくご記入ください。 通所リハビリテーションのレクリエーションの時間にご利用者が楽しい時間を過ごして頂けるようなレクリエーションなどを行なって頂きたいです。体操や運動、ゲーム、カラオケ、クイズなど、ご利用者が楽しく交流でき笑顔になる内容をお願いできればと思います。ご利用様の人数は、15~25人が対象となります。				
交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 (最寄り駅・バス停：奈良交通バス 長芝橋、丸山橋) 駐車場 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 / 送迎 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 地図添付 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無				
注意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 活動中に知り得た情報の守秘義務について理解し、情報を漏えいしない。 <input checked="" type="checkbox"/> ボランティア登録者への暴言、その他危害を与えない。 <input checked="" type="checkbox"/> 政治・宗教・営利目的等を持って活動しない。 <input checked="" type="checkbox"/> 活動中に生じた問題については、登録者と誠意をもって解決する。				
申込	応募方法	0742-93-7854 池田までお電話下さい。			
	応募締切日	無し			
備考	連絡事項(持ち物、服装、雨天時の対応等)				

※依頼情報は、登録者へのメールでの情報提供、ホームページ・SNS等の媒体に掲載することをご了承ください。

