

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室（むーみんネット） 行

FAX：0940-37-5021

在宅ホスピスボランティア養成講座 受講申込書

フリガナ	申込日	2023年 月 日
氏名	年齢	歳
〒	性別	男性・女性
住所		
電話番号	FAX番号	E-mail
職業・所属		
資格・特技		
ボランティアの経験 有・無 どのような活動ですか？		
◆本講座の受講を希望される理由をご記入ください		
◆受講終了後、実際にボランティア活動は可能ですか？可能でしたら頻度を教えてください (例 週1回 月1～2回)		

※この受講申込書で知り得た情報は、本事業を行う目的以外には使用しません。

※営利目的、布教活動、宣伝などの場合は、講義開始後であっても受講をお断りします。

◆お問い合わせ先

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室（むーみんネット）

宗像市田熊5丁目5-1 宗像医師会在宅総合支援センター2F

TEL：0940-37-5020 / E-MAIL：info@mumin-net.jp