

社会福祉法人 鴻巣市社会福祉協議会会長 様

住所 鴻巣市
申請者 氏名 _____
連絡先 () _____

友愛電話利用申込書

友愛電話事業の利用を、下記のとおり申し込みます。

記

■承諾事項（個人情報の取扱い）について

当事業への利用申込みに当たり、以下に記載した情報を当事業に登録する友愛電話ボランティアに提供すること。

1. 申込者情報

ふりがな		性別	男 ・ 女	対象種別	独居 ・ 日中独居
氏名					
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	年齢	歳		
連絡先	〒 鴻巣市 TEL / FAX				
備考					

2. 希望する曜日・時間帯について

希望するものに○をつけてください。

	火曜日・午前（ 9時30分～11時）	午前、午後いずれも左記時間内にお電話します。 順番や具体的な時間指定は出来ません。 ご了承ください。
	火曜日・午後（ 1時30分～ 3時）	
	木曜日・午前（ 9時30分～11時）	
	木曜日・午後（ 1時30分～ 3時）	

ご記入いただいた個人情報につきましては、本事業以外の目的には使用いたしません。