**シルバー応援隊 依頼用紙**

**平成　　年　　月　　日**

**（公社）鳥羽市シルバー人材センター　御中**

所属先：　　　　　　　　　　　　　氏名：

TEL ： 　　　　　　　　　　 FAX ：

下記のとおり、シルバー応援隊のサービスを依頼・情報共有をしたいので、可否について、折り返しこの文章のまま、ご返答をお願いいたします。

記

* **基　本　情　報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | **住所** |  |
| **年齢** |  | **性別** |  | **対象区分** |  | **電話番号** |  |

* **依　頼　内　容**◎ **希　望　日　時**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間/曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 掃除　（場所： 　　　　　　　　）
* 買い物代行（タバコ・お酒は不可）
* 薬の受け取り代行
* 洗濯・布団干し・布団カバーの交換
* 服薬の声かけ（確認）
* **主な障害（助けがいるところ） や 注意が必要なところ　　＊緊急時の対応方法等も記載**

|  |
| --- |
|  |

上記に対して、以下の通り、回答します。　　　　　　　　　　 　平成　　　年　　　月　　日

* **上記の通り、対応可能です。**鳥羽市シルバー人材センター
* **相談を要します。**担当：
* **事業所事情により、対応が困難です。**TEL：25-7341 　FAX：25-1164