

難病患者さん、ご家族の活動にボランティア としてご支援ご協力をお願い致します

(NPO 法人新潟難病支援ネットワークでのボランティア登録のお願い)

NPO法人新潟難病支援ネットワーク

理事長 西澤 正豊

●NPO法人新潟難病支援ネットワークの運営

- ・ NPO法人新潟難病支援ネットワークは、患者さんや家族だけでなく、医師や看護師などの医療職、医療ソーシャルワーカーや介護に関わる福祉職、保健所保健師などの行政職、それに難病支援について日頃から真摯に向き合っている一般のボランティアの方々など、難病患者さんの地域における療養に関係するすべての人達が自主的に参加する団体です。

●ご協力いただきたいボランティアの内容

- ・ NPO法人新潟難病支援ネットワークは、上記のような幅広い分野での経験を持った方々の自主的な参加による特定非営利活動法人であり、設立時の理念・理想のもとに、自主事業にも取り組んでいければと考えますが、継続性のある事業を展開するには、皆様のご理解とご支援が必要です。
- ・ NPO法人の会員となっている患者会では、新規加入会員の減少や会員の高齢化などにより、年々会の運営が困難となっており、ボランティア等による人的な支援が必要な状況です。
- ・ 皆様におかれましては、事業・活動の趣旨をご理解いただき、ボランティア活動に参画いただければ誠に幸甚と存じます。

●ご登録の方法等

- ・ 登録制度の趣旨にご賛同いただける方は、別紙「ボランティア登録申込書」により、お申し込みください。事務局で登録させていただきます。
- ・ ボランティアの支援が必要になりましたら、ご登録いただいているボランティアの種類(イベント、事務、軽作業)や活動可能期間等により、事務局からご都合をお尋ねし、可能な場合にご参加いただきます。
- ・ 原則として、NPO 法人の負担でボランティア保険に加入いたしますが、交通費、食事・飲料等については参加者のご負担でお願いいたします。(依頼をする患者会によっては、交通費、食事・飲料等が支給されることがあります。)

FAX : 0 2 5 - 2 6 7 - 2 2 2 5

E-mail : niigata-npo.shien@mbr.nifty.com

ボランティア登録申込書

NPO 法人新潟難病支援ネットワーク 理事長 様

NPO 法人新潟難病支援ネットワークの目的及び事業に賛同し、下記のとおりボランティア登録を申し込みます。

フリガナ		申込年月日	令和 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先	自宅電話		
	携帯電話		
	E-mail		
登録する ボランティアの 種類	イベント	・患者会の実施する総会・医療講演会等の会場整備 ・患者さんの介助等 ・その他()	
	事務・軽 作業	・患者会の事務文書等の作成補助 ・印刷物の発送作業等 ・その他()	
資格・免許			
活動可能期間等がありましたらご記入ください	曜日		時間帯
ボランティアの経験がありましたらご記入ください			
活動に当たってご要望等がありましたらご記入ください			

※お預かりした個人情報は、ボランティア保険の加入処理等に利用し、ご本人のご同意なしに第三者に提供することはありません。