

東日本大震災におきまして、亡くなられた方々のご冥福をお祈り申し上げますとともに、被災された皆様、そのご家族の方々に心よりお見舞い申し上げます。

みなさまのご家族やお知り合いの方はいかがでしょうか。日本介護予防協会では、被災地のお役に立てるよう、皆様といっしょに現地にて介護予防活動を実施したいと考えております。

実際に活動ができる方、現地の情報やアイデアを提供いただける方、ぜひお力を貸してください。

お手数ですが、下記アンケートにご協力ください。6月から活動を開始するため、5月23日（月）までに郵送、またはFAX（03-3942-7003）でいただけますようお願いいたします。

◆1 震災介護予防ボランティアに協力してみたいと思いますか？（○を付けてください）

- ・協力できる→◆2へ
- ・協力できない→ありがとうございます。お名前を記入してFAXしてください。

◆2 「できる」と答えた方のみにお伺いします。①～⑤の該当するものに○を付けてください。（複数回答可。）

- ① 都合がよい日程は： ・平日 ・土日祝 ・土曜日のみ ・日曜日のみ
- ② 〃 期間は： ・日帰りまで ・1泊2日まで ・2泊3日まで ・それ以上も可能
- ③ 費用は： ・全額自己負担で参加できる ・補助が必要

◆3 どのような活動なら協力できますか？（○を付けてください）（複数回答可。）

- ・現地での運動指導（補助）
- ・ 〃 専門知識供与系
- ・ 〃 心のケア
- ・ 〃 調査（聞き取りなど）補助
- ・現地とのコーディネート
- ・現地の情報や活動アイデアの提供
- ・ボランティアの経験や情報の提供
- ・その他 具体的に（ ）

6月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

7月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

◆4 右のカレンダーで、参加できる日に○を、調整すれば参加できそうな日に△をご記入ください。

◆5 その他、ご意見等ありましたらお聞かせください。

ふりがな お名前				お電話	*連絡の取りやすい番号をご記入ください。 — —	
ご住所	〒					
メールアドレス	@					
既得資格	看護師	理学療法士	介護福祉士	ヘルパー1・2級		
	ケアマネ	保健師	健康運動指導士			
	その他（具体的に）	（ ）（ ）				

*ご協力ありがとうございました。協会より参加を依頼する方にご連絡いたします。

以上