登録者募集

難病ボランティアサポーター

難病とは

●原因が不明で、治療方法が未確立、経過が長期に渡る病気です。
●症状に波があったり、外見でわかりにくく、周囲の人に理解を得にくい「生活のしづらさ」があります。

どんなボランティア？

難病に関する啓発、講演会、交流会等に参加いただき、難病についての学習や活動を支援いただくとともに、患者さんのサポートをお願いします。
●専門的な知識は不要です。
●どなたでもご参加いただけます。

登録申込書を記載し、京都府難病相談・支援センターに提出（メール、FAX、郵送など）
- 当センターで登録票を受領後、記載内容確認メールを送信しますので、返信をお願いします。
- メールアドレスをお持ちでない場合には、別途相談させていただきます。
- 登録票は京都府難病相談・支援センターのホームページからもダウンロードできます。

↓

登録完了（登録内容：氏名、住所、職種、電話番号、メールアドレスなど）

↓

難病ボランティアサポーター養成講座
未受講者

- 養成講座の開催案内のお知らせ
- サポート活動依頼内容をメール配信

難病ボランティアサポーター養成講座
既受講者

- 養成講座の開催案内のお知らせ
- サポート活動依頼内容をメール配信

↓

依頼日に活動可能なサポーターを募集

↓

当日活動
（会場までの交通費は自己負担です。当センターではボランテイア保険の加入はしていません。）

※サポート活動は養成講座を受講した方を対象にメールで依頼させていただきますが、活動内容により未受講者であっても依頼させていただく場合があります。
※養成講座は、年間２回実施予定です。同一内容で実施しますので、いずれかで受講ください。

◆◆申し込み・お問い合わせ先◆◆

京都府難病相談・支援センター
住　所　〒604－0874　京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町３７５
ハートピア京都　地下１階
電　話　075－229－7830
（月曜日～金曜日の9：00～12：00　13：00～16：00）
メール　nanbyousoudan@pref.kyoto.lg.jp

平成２８年度　難病ボランティアサポーター募集要項

１目　的

地域住民及び関係者による難病ボランティアサポーター登録者を広く募り、患者会活動等のサポート活動・情報発信を推進することによって、地域全体の難病に対する理解を促進する。

２実施主体

京都府難病相談・支援センター

３登録方法

下記の要件を満たすボランティアサポーター登録希望者は別添の登録申込書により、下記連絡先まで申し込む。

（１）　要件

１８歳以上の者で、難病やボランティア活動に関心のある方で、ボランティア保険等に加入している方（加入意志がある場合も含む）

ボランティア保険について

・保険料（年額）：２５０円～
・補償期間：加入年度の３月３１日まで
・加入手続き：市区町村の社会福祉協議会
・保険に関する問い合わせ
　詳細は京都府社会福祉協議会または市区町村社会福祉協議会にお問い合わせください。

４養成講座の受講

ボランティアサポーター登録者には、難病ボランティアサポーター養成講座の受講を案内し、本講座を受講後にサポート活動を依頼する。

５活動内容

京都府内の患者団体等からのボランティアサポーター派遣依頼に基づき、京都府難病相談・支援センターからボランティアサポーター登録者に対し、メール等で活動可能なサポーターを募集し、派遣調整を行う。派遣が決まったボランティアサポーターは以下のような活動を行う。

（１）患者団体等が実施する交流会やイベントにおける補助
（２）難病に関する医療講演会等の開催日当日の補助
（３）京都府難病相談・支援センター等が実施する医療講演会等の補助
（４）その他

６留意事項

（１）ボランティアサポーターに登録しようとする方は、ボランティアサポーター活動を通じて出会った難病患者・家族の人格を尊重し、その身上及び家庭に関し、知り得た秘密を守っていただきます。
（２）報償費や交通費などの支給はありません。

連絡先
京都府難病相談・支援センター
住　所　〒６０４－０８７４
京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町３７５
京都府立総合社会福祉会館　ハートピア京都　地下１階
電　話　０７５－２２９－７８３０
（月曜日～金曜日の９：００～１２：００　１３：００～１６：００）
メール　nanbyousoudan@pref.kyoto.lg.jp

新規登録用

ボランティアサポーター登録申込書

記載日：平成　年　月　日

ふりがな		年齢	電話番号
氏名		歳	
住所			
職業等	会社員 ・ 公務員 ・ 自営業 ・ 主婦 ・学生 ・ その他（　　）		
メールアドレス	@		

1：医療、福祉系の資格はお持ちですか。
・はい（資格内容：　　）
・いいえ

2：ボランティア活動の経験はありますか。
・はい（経験内容：　　）
・いいえ

3：ボランティア保険に加入しておられますか。
・はい
・いいえ ――――――→（ ・加入予定　　・加入の予定はない ）

4：ボランティア活動に対する思いを自由にご記入ください。

（　　）

5：今回、難病ボランティアに登録してみようと思われたきっかけを自由にご記入ください。

（　　）

6：どのようなボランティア活動を希望されますか。

（　　）

7：ボランティア活動が可能な範囲について教えてください。
（該当する項目に○を付してください。複数回答可）

①活動可能な地域
府内であればどこでも可 ・京都市内 ・ 向日市 ・長岡京市 ・ 大山崎町 ・ 宇治市 ・ 城陽市 ・ 八幡市
京田辺市 ・ 久御山町 ・ 井手町 ・ 宇治田原町 ・ 木津川市 ・ 笠置町 ・ 和束町
精華町 ・ 南山城村 ・ 亀岡市 ・ 南丹市 ・ 京丹波町 ・ 福知山市 ・ 舞鶴市 ・ 綾部市
宮津市 ・ 京丹後市 ・ 与謝野町 ・ 伊根町

②活動可能な曜日
月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・その他（　　）

③活動可能な時間帯
午前 ・ 午後 ・ その他（　　）

記載いただいた個人情報は、難病ボランティアサポーター登録のために利用するものであり、当該目的以外に利用することはありません。活動実施時には、活動依頼元の団体に対して、氏名、年齢、性別、活動当日の連絡先をお伝えします。

京都府難病相談・支援センター