二本松市社会福祉協議会ボランティアセンター行

FAX２３－９０４６

ボランティア活動申込書

（活動希望者⇒施設担当者）

※太枠をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日（申込日）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動希望施設名 |  | | | | | |
| ふりがな |  | | 性別 | | 男　　･　　女 | |
| 氏　名 |  | | 学校名  （　　）学年　（　　）歳 | | | |
| 住　所 | 〒  TEL | | | | | |
| 緊急連絡先 | ふりがな |  | | 続柄 | | TEL |
| 氏名 |  | |  | |
| ボランティア  活動経験 | ある➡活動先　　　　　　　　　　活動内容  ない | | | | | |
| 目標・目的  （学びたい事） |  | | | | | |
| 活動の様子について記録や広報紙等に使用するため写真撮影、記事にすることを許可する  　　　　　　　　　　□承諾する　　　　　　　□承諾しない | | | | | | |
| 【２０歳未満のみ記入】  上記のとおり活動することを承諾いたします。  令和　　年　　月　　日  保護者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　申込者との関係  **※必ず保護者の方の記入・承諾印をお願いします。** | | | | | | |

上記の申込書に記載された個人情報は、本会・活動先・所属学校で共有する他、当事業の

実施のため使用し、他の目的に使用することはありません。

【施設担当の方へ】

|  |  |
| --- | --- |
| **活　動　日**  **（施設担当者が記入）** | **施設との打ち合わせで決定した活動日をご記入ください。** |

**ボランティア活動保険加入のため、FAXにて二本松市社会福祉協議会ボランティアセンターまでお送りください。**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：石川