

【施設団体用】

ボランティア募集申込書

※太枠のみご記入下さい。

ボランティア申込者	施設又は団体等名			担当者名	
	住所	〒 ー			
	連絡先	TEL		FAX	
E-mail					
ボランティア募集内容	期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			
	時間	時 分～時 分（24時記入）			
	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 毎週（ ）曜日 <input type="checkbox"/> 月（ ）回 希望日（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	活動内容				
	活動場所	施設名			
		住所			
	人数	（ ）人： <input type="checkbox"/> 性別不問 <input type="checkbox"/> 男性（ ）人 <input type="checkbox"/> 女性（ ）人			
	年代	<input type="checkbox"/> 不問 <input type="checkbox"/> （ ）才以上			
	経験・技術の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）			
	費用・弁償等	交通費	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
		食事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
		その他			
	当日の服装				
準備物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）				
自家用車	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可（ ）				
情報提供可能レベル	<input type="checkbox"/> 全ての内容（募集内容、施設・団体名、住所、電話番号、担当者名まで）提供可 <input type="checkbox"/> 問合せ先をボランティアセンターとする募集内容、施設・団体名まで提供可 <input type="checkbox"/> 提供不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
受付	受付日	平成 年 月 日（ ）時 分～時 分			
	受付者		備考		

八幡浜市社会福祉協議会 ボランティアセンター

TEL 0894-23-2940 FAX 0894-23-0506 E-mail uilands@orange.ocn.ne.jp