

夏！体験ボランティア2017inみたか 参加申込カード

No.

このカードは活動先にもお見せします

ふりがな			
氏名	(男 / 女)		
生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
住所	〒 —		
電話		携 帯	
メール		緊急連絡先 ※高校生以下必須	保護者の方の携帯番号やご自宅の電話番号をご記入ください。
学校・学年/ 勤務先		ボランティア 経 験	【 ある ・ ない 】 ある方は内容 ()
資格/特技		趣 味	
麻疹・風疹に ついて	かかったもしくは予防接種をうけたことが 【 ある ・ ない 】 →「ない」と答えた方は保育園等で 活動ができません。	説明会 出られる日に <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①7/5 (水) 17:30~19:00 <input type="checkbox"/> ②7/8 (土) 10:00~11:30 <input type="checkbox"/> ③欠席 (要相談)
参加の動機は 何ですか？	<input type="checkbox"/> ボランティア活動に関心があった <input type="checkbox"/> 将来福祉関係の仕事をしていたいと思って <input type="checkbox"/> 学校の課題・授業の一環として <input type="checkbox"/> その他 () ・ ・ ・ → 今後もボランティアに関する情報がほしい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
夏ボラを何で お知りになり ましたか？	<input type="checkbox"/> 社協広報「社協だより」 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 友人、知人の紹介 <input type="checkbox"/> 学校、先生の紹介 <input type="checkbox"/> 過去に一度以上参加した <input type="checkbox"/> その他 ()		
保護者の同意 ※高校生以下 必須	上記の者がこの活動に参加することに同意します。 平成29年 月 日 保護者氏名 (印)		

希望する活動の番号、施設・団体名、ボランティアしたい日を書いてください

番号	活動先 (施設・団体名)	ボランティア したい日	センター記入欄 (申込者は記入しないでください)		
			番号	決定活動先	決定期 間
No.			No.		
No.			No.		
No.			No.		
No.			No.		

書ききれない場合は裏へご記入ください

センター記入欄 (申込者は記入しないでください)			
受付日	/	参加費	500円・200円 (保険加入済)
受付者		細菌検査	有 ・ 無
備考			

番号	活動先（施設・団体名）	ボランティア したい日	センター記入欄（申込者は記入しないでください）		
			番号	決定活動先	決定期間
No.			No.		
No.			No.		
No.			No.		
No.			No.		
No.			No.		