

夏のボランティア体験 2024 参加申込カード

☆太枠内をボールペンで記入してください。 令和6年 月 日 受付職員 _____

フリガナ		男	生年月日 S・H	学校名(学科・学年)、または勤務先
氏名		女	年 月 日 (歳)	(年生)
保護者氏名	(付添の場合はご記入ください)			※申込時に18歳未満の方は同意書
住所	〒 -			TEL - -
				FAX - -
	E-mail:			携帯番号 - -
緊急連絡先 または 帰省先	氏名			TEL - -
	続柄			FAX - -
				携帯番号 - -
趣味/特技/資格等				
ボランティア 保険	ボランティア保険に多摩ボラセンにて加入申込みします。 領収書 NO _____			
	すでに加入しています (_____ プラン)			職員記入欄 加入確認 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

☆活動先の希望および活動日 活動先は1分野につき2メニューまでとし、最大5メニューまで。

活動先No.	施設・団体名	活動希望日	活動の目的や目標	管理 入力

夏のボランティア体験 2024 参加申込カード

ボランティア 経験の有無	なし・あり 具体的な内容…
夏のボランティア体験 の参加経験	なし・あり (回目) 具体的な内容…
参加申込の 動機・理由 (複数回答可)	1. ボランティア活動に興味がある 2. 社会の役に立つ活動をしてみたい 3. 友達や仲間を作りたい 4. 将来、社会福祉関係の仕事をしたい 5. いろいろな人との出会いを期待して 6. 学校の宿題(レポート等)のため 7. 職員研修の一環として 8. 今までと違ったボランティア活動をしたい 9. 友達に誘われて 10. その他()
申込場所	1. 多摩ボラセン (ヴィータ・コミュニエ) 2. 出張受付窓口 (場所:)
活動証明書など	1. 必要 → 学校指定の用紙を施設にお持ちください。 2. 必要なし
<p>※児童関係の活動を希望する方は、必ずお答えください</p> <p>麻疹(はしか)の予防接種を受けたことがありますか はい ・ いいえ</p>	

◆ 申込時に 18 歳未満の方は、下記同意書への
保護者の署名・捺印が必要です。ご注意ください。

同意書

下記をよくお読みいただき、チェック欄へご記入ください。
多摩市社会福祉協議会主催の「夏のボランティア体験2024」の参加にあたって以下のことに
承諾します。

- 体験者の個人情報(氏名・住所・電話番号・年齢・学校名)を体験先にお知らせします。
- 社協機関紙・ホームページに写真掲載する場合があります。
- キャンセルした場合の参加費(保険料)の返金はできかねます。
- 本事業の趣旨に賛同し、体験者が本事業に参加します。

社会福祉法人 多摩市社会福祉協議会 会長 宛

令和6年 月 日

保護者署名欄 _____ 印

☆ご記入いただいた内容は、本事業に関する活動先や参加申込者との連絡を目的として使用させていただきます。また、今後ボランティア・市民活動支援センターが主催する講座や催し等のご案内をさせていただく場合がございますので、予めご了承ください。