

夏のボランティア体験 2025 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。 月 日 受付職員

フリガナ		男・女	昭和 / 平成	学校名(学科・学年)、 または勤務先名	
氏 名			年 月 日 (歳) ※申込時に18歳未満の方は同意書必要	(年)	
保護者氏名	※小学生等で付添が必要な場合はご記入ください。				
住 所	〒		TEL(自宅)		
	E-mail:		携帯番号	— —	
緊急連絡先	氏名		続柄	TEL(自宅)	
				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。				
	すでに加入しています (プラン)		職員記入欄 加入確認 ☐ 済 ☐ 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

事務処理記入欄

入力	Wチェック	送付	Wチェック

夏のボランティア体験 2025 参加申込カード

ボランティア経験 なし / あり ※どちらかに○を つけてください	ボランティア経験「あり」に○をつけた方はお答えください。 ○「夏のボランティア体験」の参加 具体的な活動内容/場所 回目 ○その他ボランティア参加 具体的な活動内容/場所 回目
参加申し込みの 動機・理由 (複数回答可)	1. ボランティア活動に興味がある 3. 友達や仲間を作りたい 5. いろいろな人との出会いを期待して 7. 職員研修の一環として 9. 友達に誘われて 2. 社会の役に立つ活動をしてみたい 4. 将来、社会福祉関係の仕事をしたい 6. 学校の宿題(レポート等)のため 8. 今までと違ったボランティア活動をしたい 10. その他()
申込場所	1. 多摩ボラセン (ヴィータ・コミュニネ) 2. 出張窓口 (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
活動先でのインタビューについて 不可 / 可	活動中にボラセン職員がインタビューに伺うことがあります。 掲載が決定した際には以下の内容を広報誌等に掲載する予定です。 1. 名前 2. インタビュー内容
※児童関係の活動を希望する方は、必ずお答えください 麻しん(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	

◆申込時に下記同意書への署名が必要です。
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2025」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。
- ☐ インタビューの有無に関わらず、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)の返金はできません。
- ☐ 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 年 月 日

署名欄

☆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。