

2024 夏のボランティア体験事業 参加申込書

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏 名					
住 所	〒 -	電 話	(活動先からの連絡を受ける番号)		
		緊急連絡先	(続柄:)		
学 校 名	中学校 高校 大学 専門学校		学 年	年 組 番	
夏のボランティア体験事業への参加理由・動機					
夏のボランティア体験事業の目標・学びたいこと					
希 望 活 動 先	第1、第2希望については、分類の違う受入れ先を選んでください				
	第1希望	番号	希望施設・団体名		
	活動可能日	月 日 () ~ 月 日 () ・いつでも良い <small>※活動可能日は具体的に記入してください。いつでも良い場合はいつでも良いに○をつけてください</small>			
	第2希望	番号	希望施設・団体名		
活動可能日	月 日 () ~ 月 日 () ・いつでも良い <small>※活動可能日は具体的に記入してください。いつでも良い場合はいつでも良いに○をつけてください</small>				
● あなたは、麻しん（はしか）の予防接種を受けていますか？ はい ・ いいえ					
※中学生・高校生の参加については、以下の項目に参加者が同意したことを保護者が確認してください。 保護者確認の署名がない場合、参加できませんのでご注意ください。					
記			社協受付印		
<input type="checkbox"/> 募集要項をよく読み、参加申込書に必要事項を全て記入しました。 <input type="checkbox"/> 希望する活動先で活動することができない場合があることを了解しました。 <input type="checkbox"/> 急遽受入れ施設の事情により受入れできなくなる場合があることを了解しました。 <input type="checkbox"/> ボランティア活動中に知り得た、個人情報については第三者に漏らしません。 <input type="checkbox"/> 電話での調整を行うことがあるため、受入施設へ連絡先を伝えることに同意します。 <input type="checkbox"/> 募集要項の内容に同意します。			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		
令和6年 月 日 以上、参加者が上記の内容に同意したことを確認しました。 保護者氏名 _____					
(必ず保護者の方の自署をお願いします。)					

この個人情報は夏のボランティア体験事業以外には使用いたしません。