

◎できるだけ窓口へ提出してください。

FAX：042-985-1411 (日高市社会福祉協議会)

彩の国ボランティア体験プログラム2019inHIDAKA申込書

No. _____

●申込日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女・その他	昭・平 年 月 日	才
住所	(〒 -)	電話		
		FAX		
メール		携帯電話		
参加区分	小学生・中学生・高校生・学生・勤労者・主婦・主夫・その他 ()			
学校名	(年)	保護者の同意 (署名・捺印) ※18才未満		
		印		

★活動体験の様子を写真に撮らせていただく予定です。撮影した写真は、社会福祉協議会や体験先の施設の広報などに使用される場合があります。

【参加希望メニュー】を入れてください。

下記全てのメニューに参加希望 (複数選択可)

いずれかのメニューに参加希望

(受入状況によっては、参加調整をさせていただくことがありますので、第3希望までご記入下さい。)

希望	No.	メニュー名	参加希望日 (必ず日にちを入れてください)
第1			
第2			
第3			

【説明会】

7月に体験を希望する人 ▶ 7月16日締切 ▶ 説明会 7月19日 (金) 17:00~18:30

8月に体験を希望する人 ▶ 7月23日締切 ▶ 説明会 7月27日 (土) 10:00~11:30

※郵送で提出する場合は、申込書のコピーを保管してください。

説明会の参加は必須です。やむを得ず上記日程の説明会に参加できない場合は、社会福祉協議会へご相談ください。

【問い合わせ先】 社会福祉法人日高市社会福祉協議会 (日高市ボランティアセンター)

電話：042-985-9100

住所：日高市大字楡木201 (総合福祉センター「高麗の郷」内)

※ご記入いただいた個人情報はボランティア保険の加入および受入先との連絡調整に使用させていただきます。