

令和元年度 1日ボランティア体験学習(プチぼら体験) 参加申込書

ふりがな		男 ・ 女	生年月日・年齢 昭和・平成 年 月 日(歳)
氏名			
職業 (勤務先・学校名・学年も記入してください)		学校名・勤務先 【 _____ 】()学年	
住所	〒 _____	電話 () _____	
		FAX () _____	
趣味・特技 資格など			
ボランティア 活動の経験	<input type="checkbox"/> 経験あり [活動内容: _____] <input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 現在活動中 [活動内容: _____]		
≪ なぜ参加しようと思ったか・体験学習先でまなびたいこと など ≫			
≪ 体験学習後、千歳市ボランティアセンターの「個人登録ボランティア」に登録する予定はありますか? ≫ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 検討したい ※登録された場合、活動希望を調整します。			

希望	体験施設・団体名	日時	備考
第1			
第2			
第3			
ご記入いただいた希望について		<input type="checkbox"/> すべて体験したい * 受入不可除く <input type="checkbox"/> 第1希望のみ体験したい * 第1希望が受入不可の際、第2希望を体験	
ボランティア活動保険		<input type="checkbox"/> 加入済み(年 月 日・プラン) <input type="checkbox"/> 未加入	
同意書・参加承諾書		<input type="checkbox"/> 添付あり <input type="checkbox"/> 令和元年 月 日までに提出します	

◎受入れ人数の関係上、ご希望が叶わない場合がございます。予めご了承ください。
 また、ご記載いただいた個人情報は本事業のみに使用いたします。

【*事務局記入欄】

受付日	体験先	ボランティア活動保険加入日	備考
受付者:	通知 [_____] 文書・口頭	同意書受理日	
		<input type="checkbox"/> 受理[_____]	
		<input type="checkbox"/> 不要	

※参加される方は、個人情報保護の遵守について同意書の提出をお願いいたします。
なお、未成年者（満19歳以下）の方は「保護者氏名」欄にご署名及び捺印をお願いいたします。

同 意 書

社会福祉法人千歳市社会福祉協議会
会 長 力 示 武 文 様

令和元年度「1日ボランティア体験学習(プチぼら体験)」への参加にあたり、体験中に知り得た施設利用者等の個人情報については、体験終了後も他に漏らさないことに同意します。

年 月 日

参加者氏名

印

保護者氏名

印

※未成年者（満19歳以下）の方は、保護者の参加承諾書が必要です(保護者参加必須の小学1～4年生は不要)。

参 加 承 諾 書

社会福祉法人千歳市社会福祉協議会
会 長 力 示 武 文 様

令和元年度「1日ボランティア体験学習(プチぼら体験)」に、参加させることを承諾いたします。

また、以下について遵守することを誓約いたします。

1. 参加にあたりボランティア活動保険に加入します。
2. 移動中、または活動中、その他発生した事故、災害などに対して自己責任で処置します。

参加者氏名

体験希望先

※全ての体験希望先をご記入ください。

年 月 日

保護者氏名

印

緊急連絡先

【 自宅・職場・携帯 】

TEL. — — (内)

※緊急連絡先には確実に連絡のとれる連絡先を記載願います。