|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 受付日 | 年　　　月　　　日 |
|  | | | | 受付者 |  |
| **ボランティア依頼受付票** | | | | | |
| 申込者 | 名前 | ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当： | | | |
| 住所 | 〒  飯綱町 | | | |
| 連絡先 | 固定電話 |  | 携帯電話 |  |
| 緊急連絡先 |  | | FAX |  |
| 依頼主  (申込者と同じ場合は上記と同じと記入) | 名前 |  | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 固定電話 |  | 携帯電話 |  |
| 緊急連絡先 |  | | FAX |  |
| 希望日時 | 月　　　日　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分まで(　　　時間) | | | | |
| 活動場所 |  | | | | |
| 希望人数 | 名 | | | | |
| 依頼内容  (人数や日程、内容、保険の加入についてなど) | ※依頼に関する資料がございましたら、添付してください。 | | | | |
| その他の  要望 |  | | | | |
| 備考  (集合場所や希望するボランティア氏名) |  | | | | |

**※太枠内を必ず記入してください**

**※申込者はボランティアに対し、必要に応じて活動内容等の詳細について、十分な事前説明を行ってください**

提出先：飯綱町社会福祉協議会　地域福祉課

住所：飯綱町普光寺920　TEL：026-253-1001　FAX：026-253-1002