

No. _____

彩の国ボランティア体験プログラム《H29》

受付日 平成 年 月 日

・～・～・参加申込みカード・～・～・

ふりがな			生 年 月 日	年 齢
氏 名	(男・女)		昭和・平成 年 月 日	歳
勤務先・学校名(学年・専攻)		(学年：) (専攻：)		
・小学生・中学生・高校生・学生・勤労者・主婦・主夫・退職者・その他() ※○印をつけてください				
未成年の方について 保護者の同意を受けていますか？ はい いいえ ※○印をつけてください				
住所	〒			
電話番号	自宅	()	緊急連絡先(帰省先)	
	勤務先	()	〒	
	携帯	()	電話番号	
ボランティア活動の経験		ボランティア活動保険		
無	有	〔 具体的な活動 〕	未加入	加入済〔 どこで? 〕
彩の国ボランティア体験プログラム事業について(○印をつけてください)				
参加は何回目?	初めて・2回目・3回目・4回目・5回目・6回目・7回目以上			
どこで知りましたか? (複数回答可)	1. 彩の国だより 2. ふくしさいたまSAI 3. 市町村広報誌 4. 市町村社協広報誌 5. 埼玉新聞 6. その他の新聞 7. インターネット 8. ラジオ 9. チラシ・ポスター (場所：) 10. 先生から 11. 親から 12. 友達から 13. その他()			
参加の動機				
オリエンテーション/ 振り返り会	7/24・7/25		/	8/25
	参加できない理由 ()			
活動先の希望	No.	活動先名称	活動希望日	その他