

申込日 年 月 日



児童福祉の架け橋CLUB〈申し込み書〉

| | |
|-------------|------------------------------|
| 会社名 | 役 職 |
| ふりがな お名前 | 年 齢 |
| 住 所 〒 | |
| 連絡先 | 連絡可能時間帯 (~ 時) |
| 職 業 | |
| e-mail | @ |
| ボランティア保険 | 加入済 ・ 未加入 |
| | ※未加入の場合は加入に 300円/年がかかります。 |

●行いたいボランティアに関して記載ください

専門家スタッフ希望 一般お手伝いスタッフ希望

HPにお名前などの登録を希望しますか(はい ・ いいえ)

●ボランティアの頻度と希望曜日

▶月に()回 ▶週に()回 ▶毎日 ▶その他()
▶月・火・水・木・金・土・日 曜日

●ボランティアに行きたい施設やファミリーホームの希望

(児童福祉の架け橋ホームページの一覧に記載されている施設よりお選びください)

●対応可能エリア (例:名古屋市内的場合は「名古屋市内 ○○区と○○区」など)

