

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)

