

# ボランティア依頼受付カード

|           |   |   |  |  |
|-----------|---|---|--|--|
| 依頼日       |   | 受付者   |  |  |
| 対象・団体     | ふりがな  | 性別  | 生年月日   |  |
|           | 氏名  |   | 年齢   |  |
|           | 住所  | 電話  |  |  |
|           |   | 携帯  |  |  |
|           |   | FAX   |  |  |
| メール       |   |   |  |  |
| 相談者       | ふりがな  | 本人との関係  |  |  |
|           | 氏名  |   |  |  |
|           | 住所  | 電話  |  |  |
|           |   | 携帯  |  |  |
|           |   | FAX   |  |  |
| メール       |   |   |  |  |
| 依頼内容      |   |   |  |  |
| 活動日時      | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> 毎週                         | <input type="checkbox"/> 毎月                          |  |
|           | 活動時間:   | 曜日  |  |  |
|           | 集合時間:   |   |  |  |
| 活動場所      | 住所  | 電話  |  |  |
| ボランティア    | 合計 <input type="text"/> 人                         | <input type="checkbox"/> 性別不問                       | <input type="checkbox"/> 男性希望 <input type="text"/> 人 |  |
|           |   | <input type="checkbox"/> 女性希望                       | <input type="text"/> 人                               |  |
| ボランティアの負担 | <input type="checkbox"/> 自己負担なし                   | <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="text"/> 円 | <input type="checkbox"/> 食費 <input type="text"/> 円   |  |
|           | <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> | <input type="text"/> 円                              |  |  |
| 備考        |   |   |  |  |
| 報告期限日     | 情報提供の承諾サイン<br>または印                                |   |  |  |

FAX番号

042-466-3555

※到着確認と詳細を伺うため、**FAXでお送り**  
**いただいたあと、必ずお電話ください。**

TEL 042-466-3070

必ずご記入ください

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|