

ボランティア要請カード（継続）

フリガナ			対象者（いずれかに☑）	<input type="checkbox"/> 高齢者
法人・団体名				<input type="checkbox"/> 障がい児／ <input type="checkbox"/> 障がい者 （ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神）
所在地 ・ 交通機関	〒 ー 駅 ・ バス停から、徒歩 分			<input type="checkbox"/> 子ども関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡先電話番号			フリガナ 担当者名	対象人数 名
連絡先 FAX 番号				
ボランティアに求める具体的な活動内容				
ボランティアを依頼する効果・目的等				
募集人数	名（男女の希望がある場合、男性 名、女性 名）			
活動日時	希望曜日		頻度	週 ・ 月 回以上
	時間帯	午前 ・ 午後	:	～ 午前 ・ 午後 :
	日時等相談	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	「可」の場合（ ）	
活動場所	施設内 ・ 施設外（ ）			
条件 （※該当箇所のみ記入してください）	交通費 謝礼負担	<input type="checkbox"/> 可 ⇒ <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 応相談	「可」の場合、 <input type="checkbox"/> 実費支給 <input type="checkbox"/> 1人（ ）円まで支給	
	活動にかかる材料 や物品など	<input type="checkbox"/> ボランティア用意 ⇒ <input type="checkbox"/> 依頼者用意	「ボランティア用意」の場合、実費負担をお願いします。	
	駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒	「なし」の場合、駐車代金の負担 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	食事提供	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（※1日にわたる活動の場合）		
広報媒体への掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※個人情報が特定されない形で掲載します。			
その他 （持ち物、注意点等）	※事前のオリエンテーションは、必ず実施してください。			
センターからの 回答期限	年 月 日（ ）		※要請カードの提出日より1カ月以上間をあけてください。	

【センター受付欄】

受付期間	受付NO	受付者
年 月 日		

決 裁	所長	担当者