

ボランティア希望カード（個人）

■依頼者情報

受付月日	年 月 日	相談経緯	来所・電話・FAX・メール・その他（ ）		
相 談 者	所 属				
	氏 名				
	住 所	〒			
	連絡先TEL		FAX		
	携 帯TEL		その他		
利 用 者	ふりがな 氏 名				
	生年月日	S・H 年 月 日	性 別	男性 ・ 女性	歳
	住 所	〒			
	連絡先TEL		FAX		
	携 帯TEL		その他		

■依頼内容

内 容					
日 程	年 月 日（ ） ～ 月 日（ ）				
	□毎月：		□毎週：		
時 間 帯	：				
活 動 場 所					
駐 車 場	有 ・ 無 ※活動場所以外の場合：				
ボランティア 希望人数	合計 人 ※希望がある場合：□男性 人 □女性： 人				
実 費 弁 償	交 通 費 支 給	有 ・ 無	内訳：		
	食 事 提 供	有 ・ 無	内訳：		
	依頼者の保険加入	有 ・ 無	内訳：		
	そ の 他				

- ・ 本情報は、ボランティア希望登録のためにのみ使用いたします。
- ・ ご記入いただいた情報は、ご記入者の了承なしに公表することはありません。

ボランティア希望カード（団体）

■依頼者情報

受付月日	年 月 日	相談経緯	来所・電話・FAX・その他（ ）	
相 談 者	団体名			
	担当者			
	住 所	〒		
	連絡先		FAX	

■依頼内容

行 事 名						
日 程	年 月 日（ ）		～	月 日（ ）		
時 間 帯		集合時間	※場所：			
活 動 場 所						
駐 車 場	有 ・ 無		※活動場所以外の場合：			
内容及び役割						
ボランティア希望人数	合計	人	※希望がある場合：	□男性	人 □女性	人
実 費 弁 償	交 通 費 支 給	有 ・ 無	内訳：			
	食 事 提 供	有 ・ 無	内訳：			
	依頼者の保険加入	有 ・ 無	内訳：			
	そ の 他					
申 込 〆 切	月 日					

- ・ 本情報は、ボランティア希望登録のためにのみ使用いたします。
- ・ ご記入いただいた情報は、ご記入者の了承なしに公表することはありません。

〈お問合せ先〉
 旭川市ボランティアセンター
 TEL：21-5550 FAX：23-0746