２０２１ボランティア体験ｉｎいわて　参加者申込書

令和　　年　　月　　日

★参加者記入欄（太枠の中をご記入ください。）

ふり　がな 氏　名	男･女	歳	職　業 （学校・学年）
〒　　－ 住　所			Tel:(　　)　　－ Fax:(　　)　　－
ボランティア活動の経験　　無　・　有（主な活動内容　　）			
この事業をどのようにして知りましたか？（複数回答可。〇で囲んでください。） 学校・社協・家族・友人、知人・職場・新聞・テレビ・ラジオ・その他（　　）			

希望する体験プログラム		（参考）他に申込みを行った体験プログラム	
施設・団体名		施設・団体名	
期　間	月　　日～　　月　　日	月　　日～　　月　　日	
時　間	:　　～　　:	:　　～　　:	
ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ活動保険	加入済・加入予定（　　月　　日） 加入不要（理由：　　保険適用のため）		
備　考			

※ボランティア関係の損害保険に加入していない方は、参加申込時にボランティア活動保険へご加入ください。
（学校の保険が適用されたり、受入側で保険料が負担される場合等を除きます。ボランティア活動保険の詳細については、最寄りの市町社会福祉協議会ボランティア担当又は岩手県社会福祉協議会にお問合せください。）

〈申込受付市町村社協記入欄〉　※市町村社協を通じて申込みがあった場合のみ

受付期日		受付者氏名	
ボランティア活動保険の加入有無 (いずれかに〇)	加入済・加入予定（　　月　　日） 加入不要 （理由：　　保険適用のため）	受入先施設･団体への申込書送付期日	

〈申込み先施設・団体記入欄〉

決定プログラム		担当者受付確認印	
体験日時	月　　日　～　　月　　日 :　　～　　:	その他注意事項	
ボランティア活動保険の加入有無 (いずれかに〇)	加入済・加入予定（　　月　　日） 加入不要 （理由：　　保険適用のため）		