

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	活動時間:		<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 毎月 曜日	
活動場所	住所 電話	集合時間:		
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 または印			

FAX番号

042-466-3555

※FAXでお送りいただいた後、お電話で
詳細をお知らせください。

TEL 042-466-3070

--	--	--	--