

活動希望先名 (活動先: 高・障・地・保・国・他 -)	活動日	活動時間 ~	リレーション日時 月 日 時 分
担当者名: _____ 電話番号: _____ リレーション日程調整方法: a. 活動者から連絡() b. 受入先から連絡			
活動希望先名 (活動先: 高・障・地・保・国・他 -)	活動日	活動時間 ~	リレーション日時 月 日 時 分
担当者名: _____ 電話番号: _____ リレーション日程調整方法: a. 活動者から連絡() b. 受入先から連絡			
活動希望先名 (活動先: 高・障・地・保・国・他 -)	活動日	活動時間 ~	リレーション日時 月 日 時 分
担当者名: _____ 電話番号: _____ リレーション日程調整方法: a. 活動者から連絡() b. 受入先から連絡			

【ご承諾事項】

お申込みの際は、当事業の趣旨にご賛同いただき、以下の事項にご承諾のうえ、お申し込みください。
中学生以下の申込は、保護者の同意(自筆)が必要です。

- ① 参加者の個人情報は、活動先に提供されるとともに、当センターからのボランティア活動に関する情報提供およびご案内で使用いたします。なお、本事業または当センターからの連絡以外の目的で使用、公開することはありません。
- ② 活動中に知りえた利用者等の個人情報を他に漏らさないようお願いいたします。
- ③ ボランティア保険への加入は必須です。
- ④ 活動後、1週間以内に感染症を発生した場合、必ず当センターにご連絡ください。
- ⑤ 活動後のアンケートにご記載いただいたメッセージや感想は、個人を識別することができないよう加工した上で、当センターのホームページや広報紙等に掲載する場合があります。

【参加同意書】

上記事項に承諾の上、「夏！体験ボランティア西東京2026」に参加します。

令和8年 月 日

【参加者氏名】(自筆)

※中学生以下の申し込みの場合

【保護者氏名】(自筆)

【保険料預り証】

(センター使用欄) 受付日 / 受付者	以下のボランティア保険に加入します。 Aプラン Bプラン Cプラン 天災Aプラン 天災Bプラン 天災Cプラン	
	上記保険料として、 _____ 円を預かりました。	

※受付終了後に複写をお渡しします。

【お問い合わせ】

西東京ボランティア・市民活動センター TEL:042-466-3070 MAIL:nishitokyo-vac@n-csw.or.jp