

夏！体験ボランティア西東京 2025

参加申込書 受付日 月 日 No. _____

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	学校名(学年)・勤務先名
氏 名			年 月 日 (歳)	
住 所 連 絡 先	〒 -	日中連絡のつく電話番号 ※保護者の場合、(母)等記載してください。		
		メール(間違いやすい文字・記号にはふりがなをふってください)		
緊急連絡先	怪我をしたときなど、緊急でご家族に連絡する際に使用します。	連絡者名 (本人との関係)		
		電話番号		
趣味・特技・資格など				
申し込みの目的	体験希望 ・ 学校の課題 ・ ()			
活動証明書	必要 (証明したい活動先:) ※必要な場合、「交付申請書」の提出が必要です。			
	不要			
アレルギー(食物など)	有 ・ 無	内容:		
「夏！体験ボランティア」の参加経験	有 ・ 無	内容: 年度:		
ボランティアの経験	有 ・ 無	内容:		
ボランティア保険の加入状況		未加入・加入済(加入日: 加入場所:)		
「夏！体験ボランティア西東京2025」を知ったきっかけ				
◎参加動機や活動先で学びたいことなどを記入してください。 なお、この欄にご記入いただいた内容は、活動先の施設・団体にもお伝えします。				

活動希望先名	活動日	活動時間	リエンテーション日時
(活動先: 高・障・保・青・国・他 -)			
①担当者名 ②電話番号			
③リエンテーション日程調整方法 a.活動者から連絡() b.受入先から連絡から連絡			
(活動先: 高・障・保・青・国・他 -)			
①担当者名 ②電話番号			
③リエンテーション日程調整方法 a.活動者から連絡() b.受入先から連絡から連絡			
(活動先: 高・障・保・青・国・他 -)			
①担当者名 ②電話番号			
③リエンテ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 2025」に参加します。

令和 7 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)	以下のボランティア保険に加入します。	
受付日 /	Aプラン Bプラン Cプラン	
受付者	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