

受付確認印

夏！体験ボランティア 西東京 2024(体験型ボランティア)

参加申込書 受付日 月 日 No. _____

ふりがな		男	生年月日	学校名(学年)・勤務先名
氏名		女	年 月 日 (歳)	
住所 連絡先	〒 -	日中連絡のつく電話番号 体験先から連絡することがあります		
		メール(間違えやすい文字・記号にはふりがなをふってください)		
緊急連絡先	あなたがケガをした時など、 家族の方と緊急に連絡を取る ための連絡先です。	連絡者名 (本人との関係)		
		電話番号		
趣味・特技・資格				
参加申し込みの目的	1. ボランティア体験 2. 学校からの課題 3. ()			
活動証明書	1. 必要 2. 不要 ※1 の場合は別紙交付申請書の提出が必要。			
ありがとうカード の受け取り	1. 手渡し 2. メール 3. 不要 ※別紙ありがとうカードの発行についてをお読みください。			
アレルギー等の有無(食物など)	有・無	内容		
過去の「夏体験ボランティア」の参加	有・無	内容		
ボランティア活動の経験の有無	有・無	内容		
申込時のボランティア保険の加入状況	未加入・加入済(月 日 どこで)			
夏！体験ボランティア西東京2024の開催をどこで知りましたか？				
☆参加動機や希望すること、および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。				
センター職員使用覧				

※ この枠内は、本カード提出時にセンター職員と共に記入します。

活動希望先名	活動日	活動時間	リエンテーション日時	特に希望すること
(活動先: 高・障・保・青・国・他 -)			/ : ~	
①活動先担当者名		②活動先電話番号		
③リエンテーション a.本人から連絡して調整 (/ 以降)		b.受入先から連絡があり調整		
(活動先: 高・障・保・青・国・他 -)			/ : ~	
①活動先担当者名		②活動先電話番号		
③リエンテーション a.本人から連絡して調整 (/ 以降)		b.受入先から連絡があり調整		
(活動先: 高・障・保・青・国・他 -)			/ : ~	
①活動先担当者名		②活動先電話番号		
③リエンテーション a.本人から連絡して調整 (/ 以降)		b.受入先から連絡があり調整		

【重要】

「夏！体験ボランティア西東京 2024」の趣旨に賛同し、以下の事項に承諾のうえ、お申し込みください。

*中学生以下の方には、保護者の同意もいただきます。

1. 個人情報に関する取り扱い(以下)に関すること。

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案内で使用させていただきます。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こと(守秘義務)。

3. ボランティア保険に加入すること。または、加入していること。

4. 感染予防に努めること。活動後、1週間以内に感染症発生の場合、必ず西東京ボランティア・市民活動センターに連絡すること。

5. 中学生以下の参加者は、保護者が「夏！体験ボランティア」への参加について同意すること。

6. 参加後アンケートに記載いただいたメッセージや感想は、特定の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】

「夏！体験ボランティア西東京 2024」に、上記の内容に同意し参加します。

令和 6 年 月 日

【参加者氏名】(自筆)

*中学生以下が申し込む際、ご記入ください。

【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	現金を添えて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ます。

西東京ボランティア・市民活動センター 042-466-3070