

彩の国ボランティア体験プログラム2023 参加申込書

受付No. _____

記入日 令和5年 月 日

氏名	フリガナ _____	連絡先	自宅住所： 〒 _____ - _____
	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		電話： _____ FAX： _____
年齢 歳		所属 <input type="checkbox"/> 学生 学校名 (_____) <input type="checkbox"/> 小学 _____ 年生 <input type="checkbox"/> 中学 _____ 年生 <input type="checkbox"/> 高校 _____ 年生 <input type="checkbox"/> 専門 _____ 年生 <input type="checkbox"/> 短大 _____ 年生 <input type="checkbox"/> 大学 _____ 年生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 勤労者 <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

緊急連絡先	氏名 / 名称等 _____	署名	※保護者の同意/満18歳未満のかた
	続柄等 _____ 電話 _____		

説明会 の 参加 希望 日	<input type="checkbox"/> ① 6/24(土) AM10:00~正午 文化会館大会議室 三郷市早稲田5-4-1	<input type="checkbox"/> ② 7/13(木) PM6:30~7:30 健康福祉会館5階会議室 三郷市花和田638-1	<input type="checkbox"/> ③ 7/15(土) AM10~11時 希望の郷交流センター会議室AB 三郷市彦成3-7-19
	<input type="checkbox"/> ④ 7/16(日)PM2:00~3:00 鷹野文化センター大会議室 三郷市鷹野4-70	<input type="checkbox"/> ⑤ 7/17(月) AM10:00~11:00 文化会館中会議室 三郷市早稲田5-4-1	<input type="checkbox"/> ⑥ 7/19(水) PM6:30~7:30 健康福祉会館5階会議室 三郷市花和田638-1

No.	施設・団体名など	活動希望日時 ※必ず記入してください!

この企画を どこで 知りましたか	<input type="checkbox"/> 社協だより <input type="checkbox"/> 彩の国だより <input type="checkbox"/> 市町村(行政) <input type="checkbox"/> 埼玉新聞 <input type="checkbox"/> SAI <input type="checkbox"/> その他新聞 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 友達 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	ご記入 ください	

この企画への参加は何回目ですか? _____ はじめて ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目 ・ 5回目 ・ それ以上 (_____ 回)

ボランティア活動の経験 _____ なし・あり (→具体的に: _____)

重要 個人情報の取り扱いについて
 参加申込書に記載された個人情報(氏名、住所、電話等)は、本事業の参加にあたりボランティアセンター及びボランティア受入先から参加者へ事務連絡をする目的以外では使用いたしません。
 個人情報の取り扱いについて同意いただけるかた(満18歳未満の場合は、保護者の同意が必要です)のみ、お申し込みください。