

出前ボランティア講座 申込書

平成 年 月 日

団体名			担当者	
住所・所在地	TEL FAX			
日時				
研修会名			参加人数	人
			(年齢層)	()
会場	名称： 所在地： 電話番号：			
集合時間等	集合時間： 集合場所： 交通費： 有() ・ 無			
内容	<input type="checkbox"/> 障がい者疑似体験（車いす・アイマスク歩行体験） <input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験 <input type="checkbox"/> 点字講座 <input type="checkbox"/> ボランティア講話 (テーマ：) <input type="checkbox"/> その他 () ※ □内に×印をしてください。			
研修の目的				
その他				

上記のとおり、出前ボランティア講座を申し込みます。

福岡市社会福祉協議会 様

上記のことについて、実施してよろ
しいか、伺います。

平成 年 月 日

地域福祉部長	V o C 所長	V o C 係員	担 当 者