

出前ボランティア講座 申込書

令和 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 (年齢層)	人 ()
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。

令和 年 月 日

地域福祉部 長	課 長	Vo 所 長	担 当 者