

ボランティア募集掲載依頼票

基本情報	グループ名			
	担当者名			
	住所			
	連絡先	<input type="checkbox"/> TEL	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> E-mail

*連絡方法 上記連絡先にチェックの入った項目を連絡先として、公開します。(複数可)

募集内容	タイトル				
	内容				
	募集(掲載)希望期間	年	月	日	～ 年 月 日
	活動日時				
	活動場所 (名称、所在地等)				
	募集人数	人	男性のみ	・ 女性のみ	・ 不問
	活動対象者	<input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他()			

その他	服装		
	持ち物		
	保険加入 (ボランティア活動保険)	<input type="checkbox"/> ボランティア個人で加入手続き	<input type="checkbox"/> 主催者側で加入手続き
	その他		

●確認事項 (□に☑をお願いします。)

1. 本会ホームページ「ボランティア募集情報」の掲載に関する要領に同意します。 了承いたします。
2. 依頼票記載事項は、原則、公開します。 了承いたします。
3. 掲載は依頼票の受け取り後、1週間程度かかります。 了承いたします。
4. 申込・問い合わせ先は基本情報内の担当者となります。 了承いたします。 了承いたしません。
5. 上記1～4に関し、了承できない場合は、理由をお書きください。別途、ご相談させていただく場合があります。

理由