

ふりがな		性別	年齢・学校名
参加者氏名		男・女	歳 学校 年
住所	〒 —		
連絡先 電話番号	・自宅 ・携帯	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> その他()	
参加希望 施設	第1希望 施設名	希望日時	月 日() 時 ~ 時
	第2希望 施設名	希望日時	月 日() 時 ~ 時

これまでにボランティア体験をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい、あります / <input type="checkbox"/> いいえ、はじめてです
福島区社会福祉施設連絡会 夏休みボランティア体験2018をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> 学校からのあんない ・ <input type="checkbox"/> 広報「ふくしま」をみて <input type="checkbox"/> 福島区社会福祉協議会のホームページをみて <input type="checkbox"/> その他()

同意書

夏休みボランティア体験2019に_____が参加することを同意します。

(ホームページ等に写真掲載 可 不可) 保護者名_____ (印)