ボランティアニード表

担当者氏名		職業	
住　　所		電話	
		FAX	
団　体　名			

相談内容

１．日　　時：平成　　年　　月　　日　（　　）
午前　　時～　　時
午後　　時～　　時

２．場　　所：

３．内　　容：

４．人　　数：　　人

５．集合場所：

６．集合時間：

７・申込期限：平成　　年　　月　　日（　　曜日）まで

８．ボランティアへの食事の準備　　有　・　無

９．ボランティアが参加する行事の保険の有無　　有　・　無

※連絡先：西原町社会福祉協議会（ボランティア担当者行）
℡ 945-3651　FAX 946-6777
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　yama@nisya.net

備考

依頼日
平成　　年　　月　　日（　）　来所　・　電話　・　その他

※ボランティア側との調整がありますので２週間前には社協へご連絡下さい。