

参加申込カード

※太線内の必要な項目に記入、または該当する欄に○印をしてください。

ふりがな		性別	該当する欄に○印	受付No.
氏名		・女 ・男	・学生 ・社会人 ・その他	
住所	〒 - 電話 ()	実家住所 (進学等で下宿している場合)	〒 - 電話 ()	
携帯電話番号 (お持ちの方のみ)	- - - 所有者 ・ 本人 ・ 母 ・ 父	生年 月日	・ 平成 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)	
緊急時連絡先 ※緊急時に連絡させていただくために受入先(体験先)にもお知らせします。必ずご記入ください。				
携帯電話番号: [] - [] - [] 所有者: ・ 母 ・ 父 ・ その他				
保護者勤務先: [] - [] - [] ・ 母 ・ 父 勤務先()				
学校名		学年 学部・学科	年 学部 学科	
アレルギー他	★体験先によっては給食を食べます。食物アレルギーについて該当する方に○印をしてください。 ・ 食物アレルギーは無い ・ 食物アレルギーが有る ★その他、体験するにあたって体験先に伝えたいことがありましたらご記入ください。 ()			
保護者の承諾 (参加希望者が小・中学生、高校生の場合は、必ず保護者の承諾をお願いします) 「サマーチャレンジ2019」に参加する事に同意します。 保護者氏名 印 続柄 ()				
希望施設名、希望日(3日分) : 第3希望まで入力してください。同じ施設で希望日を変えることもできます。				
	施設No.	施設名	希望日(3日分記入してください)	決定
第1希望			月 日 月 日 月 日	
第2希望			月 日 月 日 月 日	
第3希望			月 日 月 日 月 日	
令和元年度ボランティア活動保険への加入状況について : 該当する方に○印を記入 ・ 加入済 ・ 未加入 (わからない場合は未加入です)				月 日 受付
事前学習会について : 希望日に○印を記入、時間は両日とも午後6時~7時です ・ 7月11日(木) ・ 7月17日(水) ・ どちらも都合が悪い				月 日 入金
ご記入いただきました個人情報については、下記の目的以外には使用いたしません。 ①社協から参加者、受入先への事務連絡 ②ボランティア活動保険へ加入するため、保険会社へ情報(氏名・年齢)を提供 ③緊急時の連絡など、参加者の安全確保のため受入先の施設に情報を提供				
茅野市社会福祉協議会				

※次ページのアンケートへの記入もお願いします。

