

参加申込カード（提出用）

※枠内のクリーム色の項目に入力、または当てはまる欄の□を（チェック）に変換してください。

ふりがな		性別	該当欄に <input checked="" type="checkbox"/>	受付No.
氏名		<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 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)	- -	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)	
	所有者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父			

ふりがな
保護者氏名 _____ 続柄 ()

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。必ず入力してください。
 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	年
		学部・学科	学部 学科

アレルギー
 ★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を入力してください。
 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入力ください。
 ()

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日分入力してください)			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：該当する方をに変換してください。
 加入済 未加入(わからない場合は未加入です)

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9日(金) 7月14日(水) どちらも都合が悪い

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
 ③参加者の安全確保のため、植えきれ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入力もお願いします。

◎申し込んだ動機は何ですか？ 該当する項目を（チェック）に変換してください(複数回答可)

- ボランティア活動に興味があった
- 社会や人の役に立ちたいから
- 友達や仲間をつくりたい
- 体験をとおして色々なことを学びたい
- 自分に何ができるか試したい
- 将来、福祉関係の仕事につきたいと思っている
- 自分の知識や技術をいかしたいから
- ボランティア体験が夏休みの課題になっているので
- 進路や単位取得に必要なだから
- 学校の先生からのすすめられた
- その他 (.....)

◎サマーチャレンジでどんなボランティア体験をしたいですか？(具体的に入力してください)

◎サマーチャレンジに参加したことがありますか？ 該当する方を（チェック）に変換してください

- 参加したことがある
- 参加したことがない

◎ボランティアの活動経験はありますか？（学校や授業での体験は含みません）

ない

ある いつ： どこで：
内容：

◎サマーチャレンジの企画をどこで知りましたか？ 該当する欄を（チェック）に変換してください

- ホームページ
- 学校の先生
- 友人、知人
- 家族
- 新聞
- ポスター
- その他 (.....)