

会 長	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	主任・主査	局 員	担当者

受付番号 _____

岩沼市社会福祉協議会ボランティア登録用紙(団体登録用)

記入日 令和 年 月 日

グループ名	
代表者氏名	(フリガナ)
住 所	〒
電話番号	(ご自宅又は携帯電話、スマートフォンの電話番号をご記入ください)
メールアドレス	
会員数	名
グループの 活動内容	
活動先の希望 (複数回答可能)	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 託児 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 行事の手伝い <input type="checkbox"/> サロンの手伝い <input type="checkbox"/> 将棋や囲碁の相手 <input type="checkbox"/> 散歩の補助 <input type="checkbox"/> 家事の手伝い <input type="checkbox"/> 学習支援 <input type="checkbox"/> 楽器演奏(演奏できる楽器) <input type="checkbox"/> カラオケ(歌声) <input type="checkbox"/> 絵手紙等の趣味の活動(指導できる内容) <input type="checkbox"/> レクリエーション活動(指導できる内容) <input type="checkbox"/> その他 ()
活動可能な日	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 夏休みなどの長期休暇 <input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> その他 ()
活動可能な 時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他 特記事項	

※提供いただいた情報は、当該目的の範囲内で取り扱い、同意なくその範囲を超えて利用することはありません。