

ボランティア派遣希望申込書（団体・個人）

社会福祉法人 古河市社会福祉協議会長 あて

※ 太線内をご記入してください。

受付	平成 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 他
申込者	団体名	氏名（代表者） 印
	住所	電話

事業名		連絡先 氏名（責任者：担当者） 電話
目的		
依頼内容		
期日	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	
場所		
希望事項		

注※ 日程につきましては、活動者の都合で、調整させていただく場合があります。

活動者	団体名	氏名（代表者）
	住所	電話・FAX
調整内容	<input type="checkbox"/> 双方連絡済み <input type="checkbox"/> 中止（ <input type="checkbox"/> 活動希望者の都合 <input type="checkbox"/> 活動者の都合）	

決裁	事務局長	課長	課長補佐	課長補佐	係長	係	受付