

ボランティア団体活動届出書

ボランティア活動保険への加入にあたり、「自発的な意思により他人や社会に貢献する無償のボランティア活動」として、下記のとおり届け出いたします。

令和 年 月 日

記

団体名					
申請者	代表者氏名	(フリガナ)			
	連絡先氏名	<input type="checkbox"/> 代表者と同じ <input type="checkbox"/> 他	連絡先電話番号	自宅:	携帯:
	連絡先住所				
	E-mail	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	FAX	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	
団体概要	主な活動及び目的				
	主な活動場所				
	会員数	男性	名	女性	名 : 合計 名
	定例活動日				

※適切なサービスを実施する為、上記個人情報をご記入いただいております。ご記入いただきました個人情報は、関係機関(行政・福祉機関)以外の照会を求められた場合以外には使用いたしません。

社会福祉法人 古河市社会福祉協議会長 あて

	課長	課長補佐	係長	係	係	備考
受付						

団体名

会員名簿

No.	役職	氏名	住所	電話番号	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※名簿が足りない場合はコピーしてお使いください