

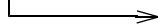
平成28年度シニアボランティア養成講座参加申込書

鹿児島県社会福祉協議会ボランティアセンター 行き

(FAX : 099-285-6160)

申込み者（いずれかを○で囲んでください。）

個人 ・ 団体



| | |
|-----------|--|
| 所 属 先 | |
| 記 入 者 氏 名 | |
| 電 話 番 号 | |
| F A X 番 号 | |

※団体での申込みは、下記の参加申込み者欄にもご記入ください。

※個人での申込みの方は、下記に氏名、参加期日、連絡先住所・電話番号をご記入ください。

■参加申込み者

| 番号 | 氏 名 | 職 名 (無い場合は無記入) | 駐車場利用の有無 |
|----|-------|-------------------|----------|
| 1 | | | 有り ・ 無し |
| | 連絡先住所 | 〒 | TEL ー |

| 番号 | 氏 名 | 職 名 (無い場合は無記入) | 駐車場利用の有無 |
|----|-------|-------------------|----------|
| 2 | | | 有り ・ 無し |
| | 連絡先住所 | 〒 | TEL ー |

| 番号 | 氏 名 | 職 名 (無い場合は無記入) | 駐車場利用の有無 |
|----|-------|-------------------|----------|
| 3 | | | 有り ・ 無し |
| | 連絡先住所 | 〒 | TEL ー |

※参加者は、ボランティア行事用保険に加入します。

※参加申込みに記載された個人情報については、受付及び保険加入や連絡のみに使用し、その他の目的には使用いたしません。

■参加申込み先

| | |
|------------------|---|
| 参加申込み お問い合わせ先 | 鹿児島県社会福祉協議会 ボランティアセンター（担当：庵地） 〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター6階 TEL 099-253-6922 FAX 099-285-6160 電子メール vorasen@kaken-shakyo.jp |
|------------------|---|