

FAX送付先 0996 - 29 - 5561

薩摩川内市社会福祉協議会( 本所 地域福祉グループ ) 御中

## ボランティア( 研修会 ・ 講座 )実施申込書

		申込日		令和		年		月		日							
ふりがな	-----																
団体名	-----																
参加者	小低学年	小高学年	中学生	高校生	一般	合計											
	名	名	名	名	名	名											
実施希望日 時	第1希望		第2希望		第3希望		第1希望日に実施できない場合があります。 第2・第3希望日を記入してください。										
	令和	年	月	日	令和	年						月	日	令和	年	月	日
	( 曜日 )		( 曜日 )		( 曜日 )												
	時	分	時	分	時	分											
内容	1 高齢者疑似体験    2 車いす体験    3 ユニバーサルデザイン・自助具体験 4 視覚障害体験    5 点字    6 聴覚障害体験    7 手話 その他( )																
	内容については、ご希望を踏まえた上で実施案を作成いたします。																
その他 注意事項	◎雨天の場合の実施場所(体育館等)が																
	ある(施設名: ) ※「ある」の場合は、施設名を記入してください。 ない																
ふりがな 代表者	-----																
ふりがな 担当者	-----																
住所	(〒 - )																
電話番号	- -																
FAX番号	- -																
E-mail アドレス	-----																
備考	-----																