

「サマーチャレンジ2023」参加申し込み書

(記入日 月 日)

ふりがな		該当する欄に○印	受付No.
氏名	(男・女)	1 学生 2 社会人	
生年月日	年 月 日(歳)	3 その他	
住所	〒 電話 ()		
学校名	(学年 年) 電話 ()		
緊急連絡先 (保護者の携帯番号等)	緊急時に連絡させていただくため受入先(体験先)にもお知らせします。必ずご記入ください。 保護者氏名 電話 () メール ()		
ボランティア経験の有無	有・無 (内容)		
アレルギー等について	★体験にあたって活動先に伝えたいことがありましたらご記入ください。 例)食物アレルギーがある。日光にあたると肌がかぶれる為、屋内活動希望。など		

参加を希望する施設・希望の活動日(第2希望まで書いてください)

	活動先No.	活動先名	活動希望日(2~3日間)		
第1希望			月 日	月 日	月 日
第2希望			月 日	月 日	月 日

事前研修会について:該当する項目に○印を記入。時間は両日とも午後6時~7時

・どちらでも参加できる ・7月11日(火) ・7月14日(金) ・どちらも都合が悪い

参加申込の理由 当てはまるものに○ (複数可)	1 ボランティア活動に興味があった	6 自分に何ができるか試したい
	2 社会や人の役に立ちたいから	7 自分の知識や技術をいかしたいから
	3 友達や仲間をつくりたい	8 進路や単位習得に必要なだから
	4 将来福祉の仕事がしたいと思って	9 学校の先生にすすめられた
	5 体験をとおして色々なことを学びたい	10 その他()

サマーチャレンジで どんな体験をしたい ですか?(具体的に)	
--------------------------------------	--

中学生・高校生の場合は、必ず保護者の同意をお願いします。

「サマーチャレンジ2023」に参加することを同意します。

保護者氏名 (印) 続柄 ()

2023年度ボランティア活動保険の加入状況について(○印をしてください。)

1 加入済 2 未加入 (わからない場合は未加入)

※ご記入いただいた個人情報については、下記の目的以外使用いたしません。

- ・ボランティア保険への加入の為の保険会社への情報の提供
- ・緊急時連絡先等、ボランティア受け入れ先への情報の提供
- ・中学生・高校生については所属する学校への活動状況等の情報提供

岡谷市社会福祉協議会