

ボランティア依頼カード [No.]			受付者名	
受付日	令和〇〇年××月△△日 (月)	時頃	来・訪・TEL・〒・メール	
※ボランティアを希望する方は黒枠内をすべてご記入ください。				
依頼者	施設名氏名	福祉 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男性・女性		
	住所	〒916-0022 鯖江市水落町2丁目30-1 アイアイ鯖江・健康福祉センター内	TEL	0778-51-0091
			FAX	0778-51-8079
依頼内容	希望ボランティア	希望日	希望時間	
	第1希望 除雪ボランティア	/		/
	第2希望			
	第3希望	依頼者がLINEによる連絡ができない場合は、必ず代理人をご記入ください。		
	対象者	/		
備考	代理人 福祉 花子(娘) 関係性と同居/別居を記載してください 連絡先 090-〇〇〇〇-△△△△			
会場	住所	〒	駐車場	有 (台程度)・無
	設備	※該当するものに○又は数などをご記入ください。 椅子 (台程度)・机 (座卓 or 高机 台程度) マイク (有 (本)・無)・カラオケ設備 (有・無) その他 ()		
【対処方法】				