

ボランティア活動依頼カード

**受付　　年　　月　　日**

＊最低、活動日の１ヶ月前にはご依頼ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名担当氏名 |  |
| 住所 | 　　　　　　連絡先　　　　 |
| 対象人数 | 人 | 駐車場 | 　無　・　有　（　　　　台程度） |
| ☆依頼内容☆ |
| 希望するボランティア | 日程 | 時間 | 結果 |
| □芸能披露□施設職員の補助的な活動(お茶出し、配膳など)□話し相手　　　　□傾聴　□レクリエーション参加支援 | 月　　日（　　　曜日） | 　　　時　　　分～　　　時　　　分 | 可・不可 |
| □芸能披露□施設職員の補助的な活動(お茶出し、配膳など)□話し相手　　　　□傾聴　□レクリエーション参加支援 | 月　　日（　　　曜日） | 　　　時　　　分～　　　時　　　分 | 可・不可 |

※依頼カードを受付後、担当者に連絡させていただきます。

※ボランティアと調整を行いますが、派遣できない場合もありますのでご了承ください。※太枠内は記入しないでください。

鯖江市社会福祉協議会

TEL：５１―００９１　　FAX：５１－８０７９

