

新潟県中越沖地震 被災者支援

ボランティアバス申込書

申込日 2007年 8月 日

ふりがな		男 ・ 女
氏名		
住所		年齢 才
電話		
* FAX		
* 携帯電話		
* E-mail		
* 所属団体		
参加の動機		
備考		
保護者承諾欄	ボランティア活動参加を承諾いたします。 保護者氏名	

*活動中の事故は保険で対応いたしますが、基本は自己責任である事を御承知おきください。

■申込み・問合せ先

Te l : 090-8803-2417 植山

〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2

かながわ県民活動サポートセンター レターケースNo.62

かながわ災害救援ボランティア支援センターサポートチーム

取次F a x : 045-312-1862

*先ずは電話で申込状況をご確認いただき、F A Xで申込書をお送りください。