団体名

* 活動希望日時

　　　　　　曜日

　　　　　時　～　　　時

住　所

電　話　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　連絡者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　　名 | 備　考 | № | 氏　　　名 | 備　考 |
| １ |  |  | 21 |  |  |
| ２ |  |  | 22 |  |  |
| ３ |  |  | 23 |  |  |
| ４ |  |  | 24 |  |  |
| ５ |  |  | 25 |  |  |
| ６ |  |  | 26 |  |  |
| ７ |  |  | 27 |  |  |
| ８ |  |  | 28 |  |  |
| ９ |  |  | 29 |  |  |
| 10 |  |  | 30 |  |  |
| 11 |  |  | 31 |  |  |
| 12 |  |  | 32 |  |  |
| 13 |  |  | 33 |  |  |
| 14 |  |  | 34 |  |  |
| 15 |  |  | 35 |  |  |
| 16 |  |  | 36 |  |  |
| 17 |  |  | 37 |  |  |
| 18 |  |  | 38 |  |  |
| 19 |  |  | 39 |  |  |
| 20 |  |  | 40 |  |  |

※当会でボランティア活動保険に加入いたします。

※ファックス・メール等でお知らせくださいますようお願いいたします。

　　　鹿角市社会福祉協議会（FAX：２３－２８５０　MAIL：info@kazunoshishakyo.or.jp　）