

※太枠の中を記入してください。

受付日： 年 月 日

受付 No. -

ボランティア募集情報周知依頼

団 体 名 障がい者支援施設 □□園
代 表 者 氏 名 園長 保健 太郎

住 所 〒123-4567
青森市▲▲▲1-2-3

電 話 番 号 123-456-789 F A X 123-456-789

ホームページ URL http://*****.html

1 ボランティア概要（※記入欄が不足する場合は、裏面に記載すること）

(1) 活動の名称・目的・内容など

名称：□□園クリスマス会

目的・内容：障がいを持つ入所者とその家族を対象に、クリスマスを楽しんでもらう。

(2) ボランティア参加者の作業内容（具体的に）

出し物の準備作業の補助、後片づけの補助、クリスマス会への参加

(3) ボランティア活動に係る事前準備物・服装等の注意事項

- ・上履き、エプロン。エプロンは無ければお貸しします。
- ・昼食の準備は必要ありません。

2 ボランティア募集内容（※記入欄が不足する場合は、裏面に記載すること）

(1) 募 集 人 数 5 名 ※募集定員に達した時点で募集受付を終了します。

(2) 募 集 期 間 令和××年 11 月 24 日（金）～ 令和××年 12 月 20 日（水）

(3) 活 動 期 間 令和××年 12 月 25 日（月）～ 令和××年 12 月 25 日（月）

集合・解散時間 10 時 00 分集合 ～ 16 時 00 分散散

(4) 活 動 場 所 □□園交流ホール（青森市▲▲▲1-2-3）

(5) 活動場所までの交通手段
・現地集合
交通費の支給： ☒ 有 ・ 無
※交通費を支給する場合は支給条件・金額等を裏面に記載すること。
・送迎あり
往路 集合場所・時間：県立保健大学前バス停（大学側）9 時 30 分集合
復路 集合場所・時間：□□園正面玄関 16 時 30 分集合

(6) 主催者のボランティア保険加入 ☒ 有（保険の名称：ボランティア行事保険 A） ・ 無

(7) 申 込 方 法 電話：123-456-789 FAX：123-456-789 メール：****@**.ne.jp

(8) 申込必要事項
(①・②は必須)
① 氏名・学籍番号 ② 電話番号 ③ 年齢 ④ 性別
⑤ 当日の交通手段 ⑥ ⑦

調整窓口となる本学

教職員・学生の有無

有 ・ ☒ 無

「有」の
場合

調 整 者 氏 名

備 考

3 申込み・問い合わせ先

担当部署・担当者氏名：□□園 総務課 保健花子

電話：123-456-789 FAX：123-456-789 メール：****@*.ne.jp

（※電話受付時間 ☒ 平日 ☒ 土 日・祝日 9 時 00 分 ～ 17 時 00 分 ）

(裏面)

その他・備考

- ・ボランティア初心者の方も大歓迎です。御不明な点はお気軽にお問い合わせください。ボランティア参加を通して、学生さんや地域の方に障がい者支援に関して理解を深めていただければ幸いです。
- ・現地集合の場合、交通費は1,000円を上限に公共交通機関（バス及び電車）の実費をお支払いしますので、当日は印鑑をお持ちください。
- ・当日は施設駐車場が大変込み合いますので、自家用車でのお越しは御遠慮ください。

【提出・問合わせ先】

青森県立保健大学 ヘルスプロモーション戦略研究センター
〒030-8505 青森市大字浜館字間瀬58-1
TEL：017-765-4085 FAX：017-765-2021
E-Mail：volunteer@ms.auhw.ac.jp

事務局記載欄	
区分	正課 / 学校行事 / 正課・学校行事以外