|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※太枠の中を記入してください。  青森県立保健大学　地域連携・国際センター長　殿  以下のとおり依頼します。 | 受付日：　　年　　月　　日 | | 受付No．　　-  （様式1） |
| ボランティア募集情報周知依頼 | | | |
| 団体名  代表者氏名 | | | |
| 住所　〒 | | | |
| 電話番号： | | FAX： | |
| 団体ホームページURL： | | | |
| **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  （２）ボランティア参加者の作業内容（具体的に）  （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 | | | |
| **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（　　　　　　人）  （２）募集期間（　　　年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　））  （３）活動期間（　　　年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　））  　　集合・解散時間（　　　時　　分集合　 ～　　時　　分解散）  （４）活動場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （復路　集合場所・時間：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （６）主催者のボランティア保険加入　有（保険の名称：　　　　　　　　　）　・　無  （７）申込方法（電話：　　　　　　　 ／FAX：　　　　　　 ／メール：　　　　　　　　）  （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（　　　　　　　　）　④（　　　　　　　）  　　　⑤（　　　　　　　）　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：  　　　電話：　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　メール：  　　（※電話受付時間　平日・土・日・祝日　　　時　　　分　～　　時　　分　） | | | |

（裏面）

|  |
| --- |
| **その他・備考** |
|  |

【提出・問合わせ先】

青森県立保健大学　地域連携・国際センター

〒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@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 |