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長　殿
以下のとおり依頼します。

（様式１）

※太枠の中を記入してください。

受付日：R8 年　6月　2日	受付 No.　R8　－14

ボランティア募集情報周知依頼

団体名 代表者氏名	社会福祉法人　義栄会 小畑　敦		
住所	〒030-0954 青森県青森市駒込月見野 918-3		
電話番号	017-742-3000	FAX	017-742-3384
ホームページ URL	https://www.tsukimino.org/		

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：令和８年度つきみのまつり
目的：地域交流　　内容：模擬店販売、ステージ発表

（2）ボランティア参加者の作業内容（具体的に）

テント等設置準備・片付け手伝い、模擬店販売手伝い、駐車場誘導、重度利用者掌握（買い物）

（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

動きやすい服装、飲料（水分補給）汗拭きタオルなど

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	９名						
（2）募集期間	令和８年　６月　１日（月）～　令和８年　８月　28日（金）						
（3）活動期間	令和８年 10月　４日（日）～　令和８年 10月　４日（日） 集合・解散時間　　９時 00 分集合　～　15 時 00 分解散						
（4）活動場所	青森月見寮　敷地内（駐車場・グラウンド）						
（5）活動場所までの交通手段	・現地集合（〇） 交通費の支給：　有　・　無（〇） ※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（〇） 往路　集合場所・時間：学校西門付近　８：30 復路　集合場所・時間：学校西門付近 15：30						
（6）主催者のボランティア保険加入	有（保険の名称：　　　　　　　）・無（〇）						
（7）申込方法	電話：017-742-3004　FAX：017-742-3002　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（〇）						
	「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：月見野作業所　伊藤祐輔
電話：017-742−3004　FAX：017-742-3002　メール：sagyousyo@tsukimino.org
（※電話受付時間（平日・土（〇））・日・祝日　　８時 00 分　～　17 時 00 分　）

（裏面）

その他・備考
例年、電話連絡や依頼書での申し込みでしたが、今回初めて保健大学様の書式にて申請を致しますので、不備があれば気兼ねなくご連絡下さい。 周知の方、何卒宜しくお願いいたします。

事務局記載欄	
区分	正課　／　学校行事　／　正課・学校行事以外