

以下のとおり依頼します。

※太枠の中を記入してください。

受付日: R8 年 7 月 24 日

受付 No. R8 - 28

ボランティア募集情報周知依頼

団 体 名	青森県立中央病院
代 表 者 氏 名	院長 廣田 和美

住 所	〒030-8553 青森市東造道 2-1-1
-----	---------------------------

電 話 番 号	017-726-8404	F A X	017-726-8325
---------	--------------	-------	--------------

ホームページ URL	https://aomori-kenbyo.jp/
------------	---------------------------

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

令和8年度青森けんみん公開講座 ボランティア

(2) ボランティア参加者の作業内容(具体的に)

会場設営・来場者の誘導等 ※講座の間は参加者としてご参加いただきます。

(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

なし。

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 10 名

(2) 募 集 期 間 令和8年 7 月 22 日(水) ~ 令和8年 10 月 23 日(金)

(3) 活 動 期 間 令和8年11月23日(月・祝)
集合・解散時間 9 時 00 分集合 ~ 13 時 00 分散

(4) 活 動 場 所 アップルパレス青森 3 階 ねぶたの間(青森市本町 5-1-5)

(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。(6) 主催者のボランティア保険加入
有 (保険の名称: 傷害保険(東京海上日動火災保険(株))) ・ 無(7) 申 込 方 法
電話: FAX: メール:
※下記「その他・備考」欄に記載の OR コードまたは URL よりお申込みください。(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	なりたい職業	④	食物アレルギーの有無
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: 青森県立中央病院 企画課 小山田

電話 017-726-8404 FAX: 017-726-8325

メール: scc.hosp@pref.aomori.lg.jp

(※電話受付時間 平日・土・日・祝日 8 時 15 分 ~ 16 時 45 分)

(裏面)

その他・備考

【申込方法】

google フォームにてお申込みください。



<https://forms.gle/R5L19y7qGwK6pnXY7>

上記の Google フォーム URL より、ご希望の参加区分を選択のうえ、ご応募ください。

※ボランティア参加をお申し込みの方は、9：00 集合、13：00 解散となります。

会場案内、受付、会場準備などをお願いいたします。

詳細につきましては、参加申し込みフォーム内をご確認ください。

※当日は参加者に対してお菓子の提供を予定しております。

食物アレルギー等がございましたら必ず Google フォーム内に記載をお願いいたします。

※お申込み人数が達成次第、締め切らせていただきます。

事務局記載欄

区分	正課 / 学校行事 / 正課・学校行事以外
----	---