

ボランティア登録申し込み

年 月 日

下記、必要事項をご記入のうえ、ケアプラザへご持参いただくか、郵送またはF a xでお送りください。

F A X : 0 4 5 - 7 1 6 - 3 8 8 5

お名前	
ご住所	
電話番号	
E-mail	
生年月日	
得意なこと	
好きなこと	
興味のあること	
チャレンジしてみたいこと	
活動できる曜日	いつでも 月 火 水 木 金 土 日
活動できる時間帯	いつでも 日中(9:00~18:00) 夜間(18:00~21:00)
その他(ご自由に)	