

理事長		受付

社会福祉法人サポートセンター虹ボランティア受付票

※差支えない範囲でご記入ください。

受付日 平成 年 月 日

フリガナ 氏 名		
所属団体名		
代表者名		
住 所		
電話(携帯)		
FAX		
Email		
免許・資格		
ボランティア希望日	平成 年 月 日 ()	
参加人数	人	
希望施設 (○印を記入)	<input type="checkbox"/>	サポートセンター虹(生活介護)
	<input type="checkbox"/>	サポートセンター虹(就労継続支援B型)
	<input type="checkbox"/>	デイサービスセンター虹(生活介護)
	<input type="checkbox"/>	療育センターい～はと～ぶ(放課後等デイサービス)
	<input type="checkbox"/>	こども発達支援センター虹(児童発達支援)
	<input type="checkbox"/>	サポートセンター虹(放課後等デイサービス)
	<input type="checkbox"/>	サポートセンターあさひ(放課後等デイサービス)
	<input type="checkbox"/>	サポートセンターあさひ(就労移行支援・就労継続支援B型)
	<input type="checkbox"/>	三戸郡地域生活支援センター(就労継続支援B型)
	<input type="checkbox"/>	三戸郡地域生活支援センター(放課後等デイサービス)
	<input type="checkbox"/>	明幸園(施設入所支援)
ボランティア活動保険	<input type="checkbox"/> 加 入 <input type="checkbox"/> 未 加 入	

※ボランティア活動保険未加入の場合は、法人で加入します。