

# ボランティア活動 募集依頼書

申込日： 年 月 日

連絡先	施設・団体名		担当者名	
	種別 (○を付けてください)	児童・高齢者・障がい者 障がい児(身体・知的・精神) 社会福祉協議会・その他( )		
	住所	〒		
	TEL		FAX	
依頼内容	活動名			
	活動場所			
	活動日		活動時間	
	ボランティア内容 (具体的にご記入ください)			
	募集人数	名	募集締切日	月 日 時
	交通	経路 線 駅より 分 駐車場 あり・なし 送迎 あり・なし ( ) 周辺地図の添付 あり・なし		
	集合場所		集合時間	時 分
その他	その他	食事支給	あり・なし・その他( )	
		交通費	あり・なし・その他( )	
		保険	あり・なし・その他( )	
		雨天時	あり・なし・その他( )	
	連絡事項 (持ち物・注意事項等)			

問合せ先：鈴鹿医療科学大学ボランティアセンター

E-mail : [v-center@suzuka-u.ac.jp](mailto:v-center@suzuka-u.ac.jp)

T E L : 059-383-9208 (内線 2231)

F A X : 059-383-9666