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Ｆａｘでお送りください。

ＦＡＸ：０４５－７１６－３８８５

|  |  |
| --- | --- |
| 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) | |