

ボランティア依頼シート（福祉施設）

依頼者

施設・団体名			
担当者			
住所			
連絡先	電話	FAX	
	メール		

依頼内容(単発・継続) どちらかに○を入れてください。

事業名・伏字名			
内容			
日時	単発：令和 年 月 日 () : ~ : 継続：月に 回程度 または 週に 回程度 希望曜日 月・火・水・木・金・土・日 希望時間 : ~ :		
場所			
募集人数		駐車場	・あり () 台 ・なし
服装・持ち物			
交通費等支給	・あり (¥ /人)	・なし	
打ち合わせ	・あり ()	・なし	
その他			
問い合わせ先	連絡先	担当者	

問合せ先 加古川市ボランティアセンター

〒675-8577 加古川市加古川町寺家町 177-12

電話：079(424)4318 FAX：079(425)4711

Mail：kakogawa-vc@kakogawa-shakyo.jp

