

ボ ラ ン テ ィ ア 登 録 票 (団 体)

| | | |
|------|-----|-----------|
| 登録番号 | V保険 | 加入済 ・ 未加入 |
| 団体名 | 登録日 | 年 月 日 |

江差町の地域福祉向上に寄与する活動を行うため、江差町ボランティアセンターに登録します。
(太線で囲んだ項目を記入してください)

| | |
|---------|---------------------------|
| ふりがな | ふりがな |
| 団体名 | 代表者氏名 |
| 連絡先住所氏名 | 連絡先電話番号 FAX メールアドレス |
| 結成年月日 | 構成人数 |
| 年 月 日 | 男: 名 ・ 女: 名 ・ 計: 名 |
| TEL: - | FAX: - |
| 携帯: - | - |
| メール: | |

| | | |
|-----------|---------|--|
| 団 体 の 概 要 | 趣 旨 | |
| | 目 的 | |
| | 活 動 分 野 | <input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 障がい児(者)福祉 <input type="checkbox"/> 環境・災害時 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 活 動 日 | <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> 週 回(月・火・水・木・金・土・日) <input type="checkbox"/> 随時 |
| | 活 動 時 間 | <input type="checkbox"/> 1～2時間程度 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 会 員 募 集 | <input type="checkbox"/> 募集している 人数(人) <input type="checkbox"/> 募集していない 資格・要件() |
| | 会 費 | <input type="checkbox"/> ある(月額・年額 円) <input type="checkbox"/> ない |
| | 報 酬 | <input type="checkbox"/> 交通費のみ <input type="checkbox"/> 実費 円/(時間・日・人) <input type="checkbox"/> ない |

| | |
|---------------|--|
| 登 録 票 添 付 書 類 | <input type="checkbox"/> 会則・規約等 <input type="checkbox"/> 会員名簿 <input type="checkbox"/> 事業計画 <input type="checkbox"/> 事業報告 <input type="checkbox"/> その他() |
|---------------|--|

| | |
|-----|--|
| 備 考 | |
|-----|--|

江差町ボランティアセンターの登録にあたり、次の活動目的に同意いたします。

- ・自発的な意思により他人や社会に貢献する無償のボランティア活動をします
- ・営利を目的としません
- ・宗教活動を主たる目的としません
- ・政治活動を主たる目的としたり、選挙活動を目的としません

団体名: _____

| | |
|------|--|
| 団体名 | |
| 代表者名 | |

| 番号 | 氏名 | 住所 | 電話番号 | 生年月日 |
|----|----|----|------|------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |