

ボランティア参加申込書

申込者情報

代表者 氏名	フリガナ	性別	年齢
		男 ・ 女	歳
住所	〒 ー 都道 府県		
連絡先	携帯番号 (日中連絡先)	() -	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
メールアドレス		保護者氏名	※ 高校生以下の方は、保護者の承諾が必要です。
緊急連絡先	フリガナ	電話番号	() - ※活動日に必ず連絡がとれる番号を記入してください。
	氏名	本人との関係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 知人

参加メンバー（グループでお申込みの場合、代表以外の方のお名前等下記にご記入ください。）

No.	氏名（フリガナ）	性別	生年月日	年齢
②		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
③		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
④		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
⑤		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	

参加希望日・場所

希望日	<input type="checkbox"/> 4月上旬（協力可能な曜日 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜） <input type="checkbox"/> 4月23日(日)
活動内容	<input type="checkbox"/> 給水所 <input type="checkbox"/> コース指示員 <input type="checkbox"/> 発送業務 <input type="checkbox"/> メディカルランナー <input type="checkbox"/> ペースランナー（ <input type="checkbox"/> 3時間半 <input type="checkbox"/> 4時間 <input type="checkbox"/> 4時間半 ）
活動場所	<input type="checkbox"/> おんでこドーム <input type="checkbox"/> 住吉地区
	<input type="checkbox"/> 原黒～吾潟地区 <input type="checkbox"/> 新穂地区 <input type="checkbox"/> 金井地区
活動時間	<input type="checkbox"/> 半日（前半） <input type="checkbox"/> 半日（後半） <input type="checkbox"/> 全日
備考	時間や活動場所などのご要望がありましたら、ご記入ください