

記入例

受入施設 → 石川県社会福祉協議会

平成**30**年 月 日

サマーボランティア体験 事業所登録申込書

社会福祉法人
石川県社会福祉協議会 会長 様

《団体名》 **特別養護老人ホーム ○○苑**

《代表者名》 **白山 太郎** ⑩

標記事業について、下記のとおり登録を申し込みます。

種 別	特別養護老人ホーム		
住 所	(〒 920 -○○○○) 金沢市○○町○丁目○番○号		
交通手段	※ 最寄駅・バス停を記入 J R (_____ 駅) 下車徒歩 _____ 分 北鉄 バス (_____ 〇〇〇 _____ バス停) 下車徒歩 3 分 自動車通勤： 可 ・ <input checked="" type="radio"/> 不可 (駐車場 : 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無)		
連 絡 先	TEL	076-200-0000	FAX 076-200-0000
	E-mail : ○○○@○○○○.or.jp		
過去のボランティア受入れの有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		

担当者	事務担当者	ふりがな かなざわ はなこ 金沢 華子	受入担当者	ふりがな かほく たろう 河北 太郎
受入期間	8月 1日(水) ~ 9月 15日(土) / 期間中いつでも可能			
	土日の受入れ	土曜日のみ可 ・ 日曜日のみ可 両日可 ・ 両日不可		
	お盆の受入れ	受入が不可能な日付をご記入ください 14~20日		
	時間	午前 ・午後 (9) 時 (00) 分 ~ (4) 時 (00) 分 午前・ 午後		
	受入人数	1日あたり： 3 人まで		
受入概要	食事	各自持参 ・ 提供する 自己負担： 300 円] ・ 副食のみ提供する(主食持参) [自己負担： 円]		
	持ち物	内履き ・ エプロン ・ 筆記用具 ・ タオル ・ その他 (三角巾)		
	腸内細菌検査の有無	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 有の場合、検査の必要な菌の種類をご記入ください(サルモネラ菌、赤痢菌等) サルモネラ菌、赤痢菌、大腸菌O157		
活動内容	施設利用者とのコミュニケーション シーツ交換、洗濯物たたみ 配膳のお手伝い など			
特記事項	※ 健康診断書等が必要な場合はご記入ください。その他、体験にあたっての注意事項等をご記入ください。 ・ 動きやすい服装 (スカート不可) ・ 長い髪は束ねる、爪は短く切る ・ 体調が悪い場合は休む ・ 送迎バスあり (〇〇駅、8:00発)			
事前説明会	※7月23日(月)以降、または活動初日に随時個別に設定してください。			
※事前説明会 は必ず行って ください。	期 日	___月 ___日 (___) / 活動初日		
	時 間	8 時 30 分 ~		
	場 所	施設にて		

※4月18日(水)までにご返送ください。