

FAX : 0 2 5 - 2 6 7 - 2 2 2 5

E-mail : niigata-npo.shien@mbr.nifty.com

ボランティア登録申込書

NP0 法人新潟難病支援ネットワーク 理事長 様

NP0 法人新潟難病支援ネットワークの目的及び事業に賛同し、下記のとおりボランティア登録を申し込みます。

フリガナ		申込年月日	平成 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先	自宅電話		
	携帯電話		
	E-mail		
登録する ボランティアの 種類	イベント	・患者会の実施する総会・医療講演会等の会場整備 ・患者さんの介助等 ・その他()	
	事務・軽 作業	・患者会の事務文書等の作成補助 ・印刷物の発送作業等 ・その他()	
資格・免許			
活動可能期間等がありましたらご記入ください	曜日		時間帯
ボランティアの経験がありましたらご記入ください			
活動に当たってご要望等がありましたらご記入ください			

※お預かりした個人情報は、ボランティア保険の加入処理等に利用し、ご本人のご同意なしに第三者に提供することはありません。