

## ボランティア依頼票

	検印	受付
受付年月日	年 月 日	
依頼主の住所 連絡先	〒  TEL ( ) fax ( )	
依頼主の氏名 または 名称	カガナ	
代表者名 (団体・個人等)		
担当者名		
連絡先	TEL ( )	FAX ( )
依頼したい 作業の内容	開催日：	
	開催場所：	
	ボランティア内容： ..... ..... .....	
	当日集合場所：	時間
	作業時間： : ~ :	
必要人員	男性 名	女性 名 合計 名
準備品 (持ち物・服装)		
摘要	食事 (有・無) 交通費 (有・無) ..... ..... .....	

### 伊達市ボランティアセンター

☎ 024 (576) 4050

FAX 024 (574) 3525

(報告年月日) 平成 年 月 日 担当者
----------------------