上演ボランティア　ニード受け付けカード(施設・団体用)

受付年月日　　年　月　日(　)　AM ・ PM			
施設名・団体名		種別: 入所施設 ・ 通所施設 ・ 病院 ・ 小規模作業所 福祉団体 ・ その他(　　)	
代 表 者			
住　所	〒	TEL	
担当者名		緊急連絡先	
E-mail			
活動名			

希望団体名 1:
希望団体名 2:
希望団体名 3:

＜内容＞
・日　時　第1希望
　　第2希望
　　第3希望
　　時間帯　　:　　～　　:
（雨天時）　中止する　・　中止しない
・開催場所
・対象人数　　人

＜ニード＞
・V 人 数 :　　性別問わず　　人
　　男 性　　人 ／ 女 性　　人
・V年齢層　　歳 代　・　問 わ ず
・Vの役割(具体的に)
・V食事の用意 (あり　・　なし)
・V交通費の用意(あり　・　なし)
・V集合場所:
・V集合時間:
・事前の参加Ｖへの活動詳細の説明
　する(電話・案内文郵送) ・ しない
・その他
・ボランティア参加〆切　　月　日(　)

ボランティア活動確認

・ 依頼内容に変更がある場合は鈴鹿市ボランティアセンターに連絡します。
・ 対象者の身体上の変化や予測しないボランティア活動上の事故についてはボランティアに一切責任を問いません。

依頼者　住 所:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　氏 名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＊以下は記入不要です。

対 応	1、 V対応　2、 他機関に紹介　3、 要請取り消し　4、 調整不可 5、 V活動に合致せず　6、 その他(　　)

担 当 候 補 V	打 診	備考(電話番号)
	諾 ・ 否	
	諾 ・ 否	

地域福祉課長	副参事	GL	係	合　議	受付者