|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※太枠の中を記入してください。青森県立保健大学　ヘルスプロモーション戦略研究センター長　殿以下のとおり依頼します。 | 受付日：　　年　　月　　日 | 受付No．　　-（様式1） |
| ボランティア募集情報周知依頼 |
| 団体名代表者氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号  |  | FAX |  |
| ホームページURL |  |
| **１　ボランティア概要（※記入欄が不足する場合は、裏面に記載すること）** |
| (１) 活動の名称・目的・内容など |
|  |
| (２) ボランティア参加者の作業内容（具体的に） |
|  |
| (３) ボランティア活動に係る事前準備物・服装等の注意事項 |
|  |
| **２　ボランティア募集内容（※記入欄が不足する場合は、裏面に記載すること）** |
| (１) 募集人数 | 　名 |
| (２) 募集期間 | 　　年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　） |
| (３) 活動期間　　 　　　　　 | 　　年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）集合・解散時間　　　時　　分集合　 ～　　時　　分解散 |
| (４) 活動場所 |  |
| (５) 活動場所までの交通手段　　　　　　　　　　　　 | ・現地集合交通費の支給：　有　・　無　※交通費を支給する場合は支給条件・金額等を裏面に記載すること。・送迎あり往路　集合場所・時間：復路　集合場所・時間： |
| (６)主催者のボランティア保険加入 | 有（保険の名称：　　　　　　　　　）　・　無 |
| (７) 申込方法 | 電話：　　　　　 　FAX：　　　　 　メール：　　　　　　 |
| (８) 申込必要事項（①・②は必須）　　　　　　　　　　 | ① | 氏名・学籍番号 | ② | 電話番号 | ③ |  | ④ |  |
| ⑤ |  | ⑥ |  | ⑦ |  |  |  |
| 調整窓口となる本学教職員・学生の有無 | 有　・　無 |
| 「有」の場合　　　 | 調整者氏名 |  | 備考 |  |
| **３　申込み・問い合わせ先** |
| 　　担当部署・担当者氏名：　　　電話：　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　メール：　　（※電話受付時間　平日・土・日・祝日　　　時　　　分　～　　時　　分　） |

（裏面）

|  |
| --- |
| **その他・備考** |
|  |

【提出・問合わせ先】

青森県立保健大学　ヘルスプロモーション戦略研究センター

〒030-8505　青森市大字浜館字間瀬５８－１

TEL：017－765－4085　　FAX：017－765－2021

E－Mail：volunteer@auhw.ac.jp

|  |
| --- |
| 事務局記載欄 |
| 区分 | 正課　／　学校行事　／　正課・学校行事以外 |