

送信日 年 月 日

ボランティア依頼申請書 送信用紙

確認事項・添付書類の確認をお願いいたします。

確認事項 ボランティア募集に当たっては、以下の項目についてご了承ください必要があります。
ご確認の上、すべての項目に☑をお願いいたします。

- 「国際医療福祉大学 IUHW 成田ボランティア室ボランティア募集方針」を読み、その内容を理解しました。
- 募集締切りは活動日当日の約1か月前までとなります。学生からの応募がない場合、ボランティア室からはご連絡はいたしません。

依頼するボランティア活動は

- 公益性・公共性の高い活動です。
- 営利を目的としない活動です。
- 活動にあたり、安全性が高いと判断される活動です。
- 受け入れた学生に対し、教育的配慮を伴った対応ができる活動です。

添付書類の確認

※該当するところに☑をお願いいたします。

- パンフレットなどの団体の概要がわかるもの：1部
- 団体担当者の名刺：1部
- ボランティア募集チラシ（A4サイズ）：部数は任意（5部程度）

※郵送、またはFAXもしくはE-mailにてボランティア室までお送りください。

団体名：
担当者名：
住所：〒

TEL：
FAX：
E-mail：

ボランティア依頼申請書

記入日 年 月 日

団体名(フリガナ)	
住所	
代表者名	
担当者名(フリガナ)	
担当者様連絡先	TEL : FAX : E-mail :
イベント名	
日時	
場所	
活動内容 (詳しくお願いします)	
募集人数	
集合・解散時間	集合 時 分 / 解散 時 分
集合場所	
当日緊急連絡先	TEL : 様

ボランティア受入報告書

ボランティア活動終了後、1週間以内に提出願います。

イベント名	
活動日	
コメント	学生の参加の様子などを教えてください。

記入日 年 月 日

団体名：

住所：

担当者名：

連絡先：

☆ご記入ありがとうございます。

ご提出いただいた報告書は今後の運営の参考にさせていただきます。

提出先： 国際医療福祉大学 IUHW 成田ボランティア室

〒286-8686 千葉県成田市公津の杜 4-3 国際医療福祉大学成田キャンパス

TEL： 0476-20-7704

FAX： 0476-28-1159

E-mail： volunteer_narita@iuhw.ac.jp