

# 福祉教育派遣受付カード

受付年月日		令和      年      月      日 (      )				
派遣依頼者	申請者 施設名 団体名 学校名	申請者  施設名等			(施設・団体の場合)  代表者名 _____	
	住 所					
	担 当 者	行事責任者名		連絡先	電 話	
				F A X		
行事内容	開催日時	第1希望	令和      年      月      日 (      )			
		第2希望	令和      年      月      日 (      )			
	開始～ 終了時間	AM / PM ※雨天時 <input type="checkbox"/> 開催・ <input type="checkbox"/> 中止				
	行 事 名					
	開催場所			参加人数	名 (詳細      )	
	行事内容					
	派遣者 内 容					
備考欄 (その他ご要望・配慮すべきことがありましたらご記入ください)						
社協記入欄 (対応)						
受付者	担当	係長	局長	1 他機関連絡      済		
				(      )		
派遣職員  (      /      処理済      )				2 調整内容		
				①Vo紹介      ②要請      ③調整不可      ④その他		
				3 特記		
				(      )		

※個人情報の取り扱いについて

登録票に記載された内容は、ボランティア活動に関する運営管理及び情報発信以外には使用いたしません。