

# ボランティア活動届

ボランティアセンター長殿

申請日 令和 年 月 日

福岡保健医療学部

- 看護学科       理学療法学科  
 作業療法学科     言語聴覚学科  
 医学検査学科

学籍番号

学 年

年

福岡薬学部

- 薬学科

在籍する学科に☑下さい。

氏 名

下記の通り、ボランティア活動を行いますので届出致します。

## 記

イベント名	担当者
募集期間	月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) ( 日間)
参加者人数・代表者	参加人数 名 代表者
依頼者名・連絡先	団体・施設名
	住所
	TEL 緊急連絡先
活動内容	   
ボランティア保険	<input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> 現地にて加入予定
交通手段	<input type="checkbox"/> 現地集合・解散 <input type="checkbox"/> 自動車移動(駐車場 有・無) <input type="checkbox"/> 送迎あり
授業の有無	<input type="checkbox"/> ボランティア当日に授業の予定はありません。

※注) 行程表(集合時間から解散まで)、参加者名簿を添付すること。

ボランティアセンター長	事務局長	事務副部長	学生係主任	担当者

受付印