

# ボランティア活動届

ボランティアセンター長 展

申請日 令和 年 月 日

福岡保健医療学部

- 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

ボランティア名	担当者名
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

※注) 団体で参加される場合は、下記QRコードからフォームの入力をお願いします。  
入力がない場合、学研災及び交通費補助の対象になりません。



【団体名簿入力フォーム】

ボランティアセンター長	学科担当	事務部長	学生係主任	学生係担当

受 付 印