

ボランティア受入報告書

受付番号	
------	--

記入日 年 月 日

イベント名	担当者
依頼者名・連絡先	団体・施設名
	住所
	TEL FAX

■ 活動内容

参加人数	名
活動期間	月 日 () ~ 月 日 () (日間)
コメント	
備考	

提出先	国際医療福祉大学大川キャンパスボランティアセンター 〒831-8501 大川市榎津137-1 TEL:0944-89-2031 FAX:0944-89-2148 ☆ 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参考にさせていただきます。
-----	--

受付年月日	担当者	担当者
.	.	.

受付印
