

サマーチャレンジ2024 **参加申込カード** (記入日 月 日)

ふりがな	学 校 名 (学 生)		勤 務 先 (一 般)
氏 名	学 校 年		
住 所	自宅電話番号		( )
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	年 齡	歳
※ 参加者が小・中・高校生の方は保護者の同意をお願いします。 「サマーチャレンジ2024」に参加することに同意します。			
保護者氏名	続 柄 ( )		(印)
連絡つきやすい(携帯・メールアドレス)	連絡先のお名前 ( )	メールアドレス	

希望するボランティア活動 (体験は1日以上2日以内となります)

希望活動先名 (施設団体名)	第1希望	第2希望	第3希望
事前研修希望日・時間	7月15日(月)午後6:00~7:00	7月18日(木)午後6:00~7:00	参加予定 日に○印
事前研修場所	ふれあいセンター研修室	ふらっと	

\*事前研修場所にふらっとを希望される方は送迎車の駐車は駅前駐車場等の利用をお願いします。

希望の活動日を記入下さい7月

日	月	火	水	木	金	土
			24	25	26	27
28	29	30	31			

8月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22		

- 活動希望日 ○  
 活動可能日 ○  
 活動出来ない日 ×

活動先案内冊子で下記事項を確認してから申し込みください。

【冊子は各学校への配布と富士見町社協のホームページにも掲載されています。】

- ・受け入れ先の受入日
- ・活動日数・注意等受け入れ先によって違いますので必ず確認して下さい
- ・フォームから申し込みの高校生以下の方は事前研修の際に申込書へ氏名と保護者の同意を記入、捺印して必ず持参ください。



活動先を選んだ理由と頑張りたいことを書いて下さい

.....

.....

.....

問合せ・申込み先 : 社協 地域福祉課 ( 郵送・FAXでの申し込みは電話にてご連絡ください。)

〒399-0214 富士見町落合6203 社会福祉法人 富士見町社会福祉協議会

担 当 小池いつみ・若杉加奈

☎ 0266-78-8846/ FAX 0266-78-8835