※社協記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 登録地域 |  |
| 受付日 | 月　　日 |

**令和５年度**

**ボランティア〔団体〕登録申込書**

私たちのボランティア団体は、下記のとおり横手市社会福祉協議会へ登録します。

　令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人横手市社会福祉協議会会長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 会員数 | 男　性　　　　名女　性　　　　名合　計　　　　名※名簿添付 |
| 団体名 |  |
| ふりがな |  |
| 代表者氏名 |  |
| 結成年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 | 　　　　　年　　　月　結成　 |
| 連絡先 | 代表者　・　その他　（役職：　　　　　　氏名：　　　　　　　　　） |
| 住　　所 | 〒秋田県 |
| 電話番号 | （固定電話）　　　　　　－　　　　　－ |
| （携帯電話）　　　　　　－　　　　　－※両方、または連絡が取りやすい方の番号をご記入ください。 |
| 活動分野（複数可） | □ 高齢者福祉□ 子ども・青少年福祉□ 文芸伝承活動□ 国際交流・国際協力活動□ 除雪ボランティア活動 | □ 障がい児・者福祉□ 社会教育施設での活動□ 環境に関する活動□ 地域活動□ 災害ボランティア活動 |
| □ その他の活動（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 活動地域や活動紹介、PRや希望する活動など |  |
| 情報提供について | **◆希望する項目にチェック☑をお願いします。****【ホームページへの掲載について】**□ 団体名　　　　□ 団体の連絡先　□ 代表者名 □ 活動紹介等　**【ご希望の情報について】**□ 助成金や補助金などに関する情報□各種事業や研修会、イベントなどの情報□ その他 〔具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　〕**【情報提供の手段について】**□ 郵　便□ ＦＡＸ□ メール※ＦＡＸまたはメールを希望する方は下記へご記入ください。ＦＡＸ番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　 |
| ボランティア活動保険 | □ 加入する□ 加入しない・加入済み |

※連絡先等の情報は、保険加入や関連事業の周知などに使用するものであり、他の事業目的で使用されることは一切ありません。

【名簿に関する留意事項】

◆すでに作成済みの名簿がある場合は、そのコピーを提出していただいて構いません。

　◆ボランティア活動保険の加入を希望される方は「保険加入希望者」欄に○印をご記入

ください。

　◆名簿の情報は保険加入や関連事業の周知などに使用するものであり、他の事業目的で

使用されることは一切ありません。

■団体会員名簿（１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏 名 | 住 所 | 電話番号 | **保険加入****希望者** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |

■団体会員名簿（２）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏 名 | 住 所 | 電話番号 | **保険加入****希望者** |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |

■団体会員名簿（３）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏 名 | 住 所 | 電話番号 | **保険加入****希望者** |
| 46 |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |
| 51 |  |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |
| 61 |  |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  |
| 66 |  |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |