

ボランティア 受付シート

*以下の枠内を記入してください。個人情報には責任を持って管理します。

記入日	
ボランティア名称	
活動場所	
活動日時	
学部・学科・学年	
学籍番号	
メールアドレス	
電話番号	
フリガナ	
氏名	
保険	以下の保険のうち、加入しているものをチェックまたは塗りつぶしてください。 <input type="checkbox"/> 学生教育研究災害障害保険（学研災） <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会のボランティア活動保険 <input type="checkbox"/> スポーツ安全保険 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 未加入
住所	
生年月日・年齢	
備考	

----- 以下は記入しないでください -----

受付担当者 []

受付日時 []月[]日 []時[]分