

ボランティアニーズ受付票(派遣依頼)

平成 年 月 日

魚沼市ボランティアセンター長 様

依頼者	住 所	〒
	名称(施設・団体)	
	氏 名	印

下記のとおり派遣いただきたく依頼します。

記

派遣人数	人
依頼内容	※派遣に必要な内容を具体的に記入してください。
担当者(施設・団体)	(住所) 〒 (部署) (氏名)
(連絡先)	(電話) (FAX) (E-mail)
期 日	平成 年 月 日() 時 分～ 時 分 平成 年 月 日() 時 分～ 時 分 平成 年 月 日() 時 分～ 時 分
会 場	(住所) (名称) (電話)
備 考	

※記入いただく氏名・住所等の個人情報については、申請の目的以外には使用いたしません。

(お願い)派遣依頼については、ボランティアセンターの担当と打ち合わせの上提出してください。

以下センター使用欄(記入しないでください)

センター長	事務局長	担当			受付日付印