申し込み先

FAX　0226－22－4467（気仙沼市社会福祉協議会）

送信票なしでそのままお送り下さい　２／４（火）まで

災害ボランティアセンタースタッフ体験研修参加申込書

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	氏　　名	住　　所	電話番号
1			
2			
3			
4			
5			

※保険加入に必要なため、上記のお申込書にご記入ください。

※ご記入いただいた個人情報については、この行事にのみ使用いたします。