

**受付　　年　　月　　日**

サポーターボランティア活動依頼カード

＊最低、１ヶ月前にはご依頼ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前 |  | | 連絡先 |  | |
| ☆依頼内容☆ | | | | | |
| 希望するボランティア | | 日程 | | 時間 | 結果 |
| □芸能披露  □施設職員の補助的な活動  (お茶出し、配膳など)  □話し相手　　　　□傾聴  □レクリエーション参加支援 | | □平日  □土・日 | | * AM * PM | 可  ・  不可 |
| □芸能披露  □施設職員の補助的な活動  (お茶出し、配膳など)  □話し相手　　　　□傾聴  □レクリエーション参加支援 | | □平日  □土・日 | | * AM * PM | 可  ・  不可 |

※依頼カードを受付後、連絡させていただきます。

※事業所と調整を行いますが、希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

鯖江市社会福祉協議会

TEL：５１―００９１　　FAX：５１－８０７９

※太枠内は記入しないでください。

