

申込先 愛知県社協地域福祉部 行  
FAX 番号：052-212-5503

平成29年 月 日

平成29年度愛知県ボランティアコーディネーター養成講座  
受講申込書

所属組織名

所属名（担当者名）／連絡先	該当する組織に○をつけてください
(担当者名： ) *連絡先電話No. - -	NPO・施設・企業・農協・生協 行政・社協・地区社協・自治会 その他 ( )

・次の者の受講を申し込みます。

ふりがな			
氏 名			性別 (男 ・ 女)
住 所	〒		
	電話 ( )	-	
所属部署等 (ボランティア グループ名)	役 職		
	VC経験年数		年 月
√コーディネートを担っている場合は、 具体的な内容を記載してください。			
7月21日(金) 15:45~16:30 情報交換会	どちらかを○で囲んでください。 出席 ・ 欠席		
☆ボランティア活動の関係で日ごろの業務や活動の中で、課題と感ずることがあればご記入ください。			
☆6日間の講座を通して、何を学びたいと思いますか？ ご自分のテーマを1つ挙げてください。(1つ以上)			

※同一所属から複数参加される場合は、本様式をコピーしてご利用ください。