

第10回オールジャパンケアコンテスト (AJCC) ボランティア登録用紙

受付日	年 月 日	登録窓口		受付	
氏名 (ふりがな)		生年月日		性別	
		昭和・平成 年 月 日 (歳)		女・男	
連絡先 (TEL)		連絡先 (メール)			
学校名・団体名		連絡先 住所 〒			
参加可能日程 (□チェック)					
10月19日 (土)		□ 7:30~18:00 (終日)		□ 7:30~13:00 (前半) □ ~ (参加可能時間)	
服サイズ (ユニセックススタッフ用Tシャツ)					
□ M □ L □ 2L					
ボランティア保険		□加入済 □未加入			

* 複数名希望の際は以下記載ください。

1	氏名 (ふりがな)	年齢	性別	連絡先 (TEL)	連絡先
	参加日程 (□チェック)				服サイズ (スタッフ用Tシャツ)
	□7:30~18:00 (終日) □7:30~13:00 (前半) □ ~ (参加可能時間)				□ M □ L □ 2L
2	氏名 (ふりがな)	年齢	性別	連絡先 (TEL)	連絡先
	参加日程 (□チェック)				服サイズ (スタッフ用Tシャツ)
	□7:30~18:00 (終日) □7:30~13:00 (前半) □ ~ (参加可能時間)				□ M □ L □ 2L
3	氏名 (ふりがな)	年齢	性別	連絡先 (TEL)	連絡先
	参加日程 (□チェック)				服サイズ (スタッフ用Tシャツ)
	□7:30~18:00 (終日) □7:30~13:00 (前半) □ ~ (参加可能時間)				□ M □ L □ 2L
4	氏名 (ふりがな)	年齢	性別	連絡先 (TEL)	連絡先
	参加日程 (□チェック)				服サイズ (スタッフ用Tシャツ)
	□7:30~18:00 (終日) □7:30~13:00 (前半) □ ~ (参加可能時間)				□ M □ L □ 2L
5	氏名 (ふりがな)	年齢	性別	連絡先 (TEL)	連絡先
	参加日程 (□チェック)				服サイズ (スタッフ用Tシャツ)
	□7:30~18:00 (終日) □7:30~13:00 (前半) □ ~ (参加可能時間)				□ M □ L □ 2L

※ご希望のサイズがない場合もございます。ご了承ください。

FAX送信先 03-3365-1339

お問い合わせ先 オールジャパンケアコンテスト事務局 (社会福祉法人こうほうえん内)
TEL 03-3365-1331 E-mail: contest@ajcc.info