|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ともいきボランティア応募用紙 | | | | | |
| ふりがな |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 昭和／平成　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別（任意記載） | | |  |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 連絡先 | 電話番号（自宅／携帯）  ※緊急時に連絡が取れる番号を記入してください。 | | | | |
| E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | |
| 保護者の方の同意  （16歳～17歳の方） | 保護者氏名 | | 保護者の 電話番号 |  | |
| ボランティア団体名 | ※ボランティア団体に所属している場合は団体名を記入してください。 | | | | |

※提出いただいた個人情報は、「ともに生きる社会かながわ憲章」に係る事業目的以外には使用しません。

※16歳未満の方は応募いただけません

|  |
| --- |
| **その他　持っている資格・特技、ボランティア活動景観、活動時に配慮すべきこと等** |
|  |

【研修会】

「ともに生きる社会かながわ憲章」の理念を正しく理解し、円滑な活動を行えるよう研修会を令和６年２月（予定）に実施しますので、必ず参加いただきますようお願いいたします。

【注意事項】

・ともいきサポーター募集要項（県ホームページに掲載）についてご理解の上応募ください。

・具体の活動日や活動場所は決定し次第、順次ホームページで公開するほか、ご登録いただいた方にご連絡いたします。

・活動内容、活動日、活動場所については、ご希望に添えない場合があります。

【募集内容】

○募集対象　事前研修会や活動日に参加できる平成 20 年４月１日以前に生まれた方。 ただし、申込時に18歳未満の方は、保護者の同意を必要とします。

○待　　遇　修会及び活動等への参加にかかる報酬は無償とし、交通費は自己負担とします。 ボランティアの服飾は全員に、昼食は必要に応じて県が支給します。県の負担に より、ボランティア活動中の「ボランティア活動保険」に加入します。

○応募及び問合せ先　神奈川県福祉子どもみらい局共生推進本部室共生企画グループ

　住所　神奈川県横浜市中区日本大通1

　TEL　045‐210‐4961　　FAX　045‐210‐8854