

受付日	年	月	日
-----	---	---	---

小平市立図書館 宅配ボランティア

ボランティア保険加入申込書

氏名	カナ	
	漢字	
住 所	〒 —	
生年月日	年 月 日	
電話番号 (携帯電話)	(— — — —)	
FAX		
E-mail		

以下の項目に記入をお願いいたします。

1. ボランティア活動の保険として、東京都社会福祉協議会のボランティア保険に加入しております。来年度のボランティア保険への加入を希望されますか。

※ 他のボランティア団体で東京都社会福祉協議会のボランティア保険にすでに加入し、来年度も更新される場合は、不要です。

☐ 希望する ☐ 希望しない