

第 21 期 〈 H28.8.11 開催 〉
 「こども病院ボランティア養成講座」申込書

申込日： 年 月 日			
ふりがな			
氏名	(才)		職業
現住所	郵便番号： 住 所： TEL/FAX： E-mail：		
応募の動機			
希望する活動内容 (参考)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 子どもの遊び相手 ・ 本の読み聞かせ ・ 外来受付案内 ・車椅子の介助 ・ 学習支援・イベントの手伝い ・図書の整理 ・ボランティアショップ 週末活動 (月2回・土曜) ◆ 講座を受講しながら考えたい ◆ その他： 		
ボランティア経験	<ul style="list-style-type: none"> ◆ あり 内 容： ◆ なし 		
備考			

※個人情報は、当会からのお知らせにのみ利用させていただきます

☆ 申込み・問合せ先 ☆

NPO 法人 こども医療支援 わらびの会事務局 TEL&FAX : 098-888-6605
 〒901-1105 南風原町字新川 272-16 ファミリーハウス「がじゅまるの家」内
 E-mail : info@warabinokai.org / HP: <http://www.warabinoki.org>