

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)	◆ 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	◆ 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

☆ 申し込み・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