

参 加 同 意 書

「2025 夏！体験ボランティア」に_____が
参加することに同意します。

また、ボランティア保険に加入することに同意します。

※学校で保険に加入の場合、また既にボランティア保険に加入の場合は除きます。

令和7年 月 日

保護者名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

- 備 考
1. 保護者の方の署名をお願いします。
 2. 夏！体験ボランティア申込時に提出してください。
 3. 申込時に提出できない場合は、おおた地域共生ボランティアセンター窓口
にお持ちいただくか、郵送で提出してください。
 4. 「夏休み手話教室」のみ参加の方はボランティア保険の加入は任意です。

提出先 〒144-0051 西蒲田7-49-2 大田区社会福祉センター5階

TEL 3736-5555

社会福祉法人大田区社会福祉協議会 おおた地域共生ボランティアセンター

夏！体験ボランティア担当宛

* 注意事項 *

参加申込カードに記入いただいた内容は、決定した体験活動先に提供します。

なお、個人情報の取り扱いにつきましては、大田区社会福祉協議会個人情報保護規程に
基づき、本事業に限り使用いたします。