

# ボランティア情報

名称（イベント名）＊	
主催者（法人・会社名等）＊	
ボランティア担当・連絡先＊	所属： 氏名： 連絡先：
イベントの主な対象者（複数可）＊	①児童（乳幼児・小学生・中学生・高校生・障がい児） ②障がい者 ③高齢者 ④外国人 ⑤その他
分野	①医療・保健・福祉 ②自然・環境 ③メンタルヘルス ④国際協力・交流・在住外国人支援 ⑤人権 ⑥災害・防犯 ⑦文化・芸術 ⑧レクリエーション・スポーツ ⑨動物愛護 ⑩平和 ⑪まちづくり ⑫教育・学習 ⑬その他（ ）
分野の該当番号（複数可）＊	
活動実施日時＊	年 月 日（ ）： 開始 / : 解散
活動実施場所＊	会場名： 住所：
ボランティア集合日時＊	年 月 日（ ）： 集合
ボランティア集合場所＊	会場名： 住所：
集合場所までの交通手段＊	送迎あり（送迎場所： ） ・ 各自
集合場所の最寄駅等	最寄駅： バス停：
経費補助＊	交通費： あり ・ なし 食事： あり ・ なし
学生に対する活動中の保険＊ （※移動を含む）	活動内容を補償する保険に主催者または依頼者が加入していることを必須とします。 加入先： 保険名：
募集定員＊	名
応募期日＊	年 月 日（ ）： まで
申込方法＊	TEL ・ FAX ・ E-mail ・ 郵送
ボランティアの実施内容＊	
実施内容説明会の有無＊	事前説明会： あり ・ なし 当日説明会： あり ・ なし
実施内容説明会日時	年 月 日（ ）： 開始 / : 解散
実施内容説明会実施場所	会場名： 住所：
参加学生に学んでほしい事	
参加学生に向けてのメッセージ	
注意事項	
備考（服装、持参物など）	
依頼者＊	主催者と同じ ・ ボランティア担当と同じ ・ その他（所属： 氏名： 連絡先： ）

＊＊は必須項目です。記入漏れがある場合、ご依頼いただいても受理できませんのでご注意ください。

グローバルセンター記入欄	鳥取看護大学・鳥取短期大学 グローカルセンター
受付日： 年 月 日/受付No：	TEL 0858-27-0107 FAX 0858-26-9138 E-mail glocal@cygnus.ac.jp