

施設 ⇒ 熊本市災害ボランティアセンター(熊本市社会福祉協議会)

熊本市ボランティアセンター宛 FAX 359-1800  
TEL 288-2748

所長 係

受付職員

### 福祉避難所等ボランティア依頼票

【依頼日時】 年 月 日( ) 午前・午後 時 分

福祉避難所名 (住所・代表者名)	(〒 - )	TEL
		FAX
担当者名	部署名	緊急連絡先

※依頼内容は簡潔に(箇条書き)記入して下さい。

ボランティア (内訳) 男性 名・女性 名・計 名

【依頼内容】

【活動日時】 平成 年 月 日( )～平成 年 月 日( ) ( 日間)

【活動時間】

介護福祉士 (内訳) 男性 名・女性 名・計 名

【依頼内容】

【活動日時】 平成 年 月 日( )～平成 年 月 日( ) ( 日間)

【活動時間】

看護師 (内訳) 男性 名・女性 名・計 名

【依頼内容】

【活動日時】 平成 年 月 日( )～平成 年 月 日( ) ( 日間)

【活動時間】

その他( ) (内訳) 男性 名・女性 名・計 名

【依頼内容】

【活動日時】 平成 年 月 日( )～平成 年 月 日( ) ( 日間)

【活動時間】

依頼者による準備物 送迎(有・無) 昼食(有・無) 交通費(有・無)

ボランティアセンター回答期日 平成 年 月 日まで

特記事項