

# 令和 年度ボランティア保険申込書 (個人用)

受付印

ボランティア保険に加入申込みいたします。

伝票番号		前受	申込み日	年 月 日
住所	〒			
よみがな			連絡先	TEL FAX
氏名				
主な活動				
保険料	¥300			

- ※ 黒枠(太)の部分のみご記入下さい。(二重枠内は、本会にて使用)
- ※ 重複申込み等の調査を行い、入会手続きいたします。保険料は1人300円になります。
- ※ ボランティア保険の加入期間は、申込み日から、年度末(3月31日)までとなります。
- ※ 「個人情報の保護に関する法律」の施行に伴い、本会では同法に定める義務などを履行、遵守ため、「個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)」及び「個人情報保護規程」を制定し、皆さまの個人情報の保護に努めます。

稲城市社会福祉協議会 ボランティアセンター  
TEL 042-378-3800  
FAX 042-378-4999