**ボランティア活動届（令和6年能登半島地震ボランティア）**

　　　　　　年　　　月　　　日

（あて先）学長

 所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　学部／研究科

 学籍番号：

 氏名：

 連絡先 （携帯電話番号）

　　　 （メールアドレス）

　私は、下記のとおりボランティアに参加したいので、届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 参加を希望するボランティア団体等の名称 | 団体等の名称：所在地・連絡先： |
| 予定活動内容 |  |
| 活動予定地域 |  |
| 宿泊予定場所（施設名） |  |
| 活動期間 | 　　　年　　月　　日（　　）　～　　　　　年　　月　　日（　　）上記期間の内、ボランティア活動に従事する期間（　　　　　）日間 |
| 活動期間中の連絡先 | 現地のボランティアセンター等の連絡先： |
| 加入保険（保険名） | ※加入予定の保険名を記入してください。 |
| 保護者承諾の有無 | 有・無 | 保護者氏名：連絡先： |
| 備　考 |  |

※記入ができない箇所は記入不要です。

※学生課窓口で取り扱っている保険もありますのでご相談ください。