

さいたま市立泰平中学校 生徒ボランティア依頼申請書

依頼日 令和 年 月 日

団体名			
代表者名	職名：	氏名：	
担当者名			
住所	〒	TEL	— —
		FAX	— —
E-Mail			

活動日時	令和 年 月 日	:	~	:
活動場所				
活動内容				
依頼人数	人 (<input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年)			
活動に関わる 保険の加入の 有無等	※ 保険の補償内容をご記入ください。			
備考				

提出先：さいたま市立泰平中学校

承認日： 年 月 日

学校地域連携コーディネーター

TEL 048-651-4134 / FAX 048-651-4626

E-mail taihei-j@saitama-city.ed.jp

承認印	承認印	受付印
会長	校長	学地c