

**縁・支え合いの県民運動**  
**「平成29年度福祉ボランティア体験」の受入情報提供シート**

**施設・団体名** \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_  
 TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_ MAIL： \_\_\_\_\_  
 HP等： \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

1. 施設・団体の紹介	
2. 体験内容	
3. 対象者 <small>※該当する箇所には○をつけてください</small>	大人向 ・ 青少年向(概ね10~18歳) ・ 両方可 <b>【備考： _____】</b>
4. 体験期間・時間	
5. 体験場所(住所・アクセス)	
6. 体験の条件	
7. 留意点 ・ 持ち物 ・ 服装 ・ 参加者負担(食事代・交通費等) ・ その他	
8. 事前オリエンテーション またはボランティア講座の開催	
7. 体験者へのメッセージ	
掲 載 終 了 日	・ 設定する 平成 年 月 日 ・ 設定しない 平成30年3月末

\*\*\*\*\*

滋賀県社会福祉協議会 事業部門地域福祉担当 (ボランティアセンター)

FAX : 077-567-5160      E-mail : vc1@shigashakyo.jp

※様式は「しがボランティアネット」(<http://www.shiga-volunteer.net/>)よりダウンロードできます。

回答期限 : 6月15日(木)      \*以降も、随時、情報提供いただけます。