

緑・支え合いの県民運動
「平成30年度福祉ボランティア体験」の受入情報提供シート

施設名 _____

住所：〒 _____
 TEL： _____ FAX： _____ MAIL： _____
 HP等： _____ 担当者名 _____

1. 施設 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 【備考： _____】
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 ャ セ ー ジ	
掲 載 終 了 日	・ 設定する 平成 年 月 日 ・ 設定しない 平成31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20日(水) *以降も、随時、情報提供いただけます。