大阪出前サポートバンク申込書

平成　　年　　月　　日

大阪アクティブシニア協会殿

TEL：06-6947-8300
FAX：06-6360-4500

団体・グループ名	
代表者	
担当者	
住所	〒　　－
電話番号	
ＦＡＸ	
E-mail	

大阪出前サポートバンクの規定７により出前ボランティアを依頼したいので
下記の通り申し込みいたします。

希望登録団体		登録番号　【　　】	
希望日時	第１希望	年　月　日（　）	
		午前　午後　時　分から	
		午前　午後　時　分まで	
	第２希望	年　月　日（　）	
		午前　午後　時　分から	
		午後　午後　時　分まで	
会場	名称		
	所在地	〒　－	
	ＴＥＬ		
	最寄駅	線　駅より　徒歩・バス・車で　分	
	送迎	有・無	
予算			
参加予定人員		名	主な対象者
依頼内容			
備考			