令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人大河原町社会福祉協議会

介護用ベッド運搬ボランティア登録用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 性　　別 | 男・女 |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| 備考  （活動が難しい日等があればご記入ください。活動は平日のみとなります。） |  | | |