令和　　年　　月　　日

# ボランティア活動保険加入申込書

滋賀県立視覚障害者センター所長様

令和6年度　滋賀県立視覚障害者センターでボランティア活動をしますので、ボランティア活動保険の加入を申し込みます。

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1．ボランティア種別　：　点訳　　音訳　　作業　　教室　　IT　　その他

2．活動期間　：　令和6年4月1日～令和7年3月31日

3．活動場所（予定）　：

4．活動内容（予定）　：

※滋賀県立視覚障害者センターでボランティア活動をしてくださる方を対象に社会福祉協議会のボランティア活動保険に加入します。

※ボランティア活動保険料350円は滋賀県立視覚障害者センターで全額負担します。