

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7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7年4月1日～令和8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。