

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8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8年4月1日～令和9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。