

功 績 調 書【ボランティアグループ構成員】

令和 年 月 日作成

ふりがな	○ × ×	男 ・ 女	年齢 × × 歳
被顕彰者名	○ × ×		
<input type="checkbox"/> 住民福祉大会の表彰者名簿に氏名の掲載を希望しない場合のみチェックをいれてください			
現住所	〒277-△△△△ 柏市●●町□-□-□		
電話番号	04-7100-××××		
対 象：本会に登録しているボランティアグループで会長及び役員並びに活動者として活動した期間が <u>9年</u> 以上 (今年度から年数要件を変更しています：R4年度までは10年以上) 基準日：令和5年3月31日			
役職・団体・グループ名等	就任・活動期間		年月数
訪問ボランティア〇〇の会会計	平・令・西暦 ○年×月△△日～	平・令・西暦 ○○年××月△△日	8年 0か月
訪問ボランティア〇〇の会会長	平・令・西暦 ○年●月△△日～	平・令・西暦 5年 3月31日	1年 6か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
			通算 9年 6か月
現在の役職 どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>	長や代表者 →長や代表者自身を推薦する場合は本会事務局長を推薦者とします		
<input type="checkbox"/>	役員・活動者 →以下の推薦団体名、推薦者、住所、連絡先を記入		
	推薦団体名		
	推薦者		
	住 所	〒	
	電話番号		
事務担当者 氏名	※長や代表者自身を推薦する場合は本書類作成者名と連絡先をご記入ください。 ○ ○ △ △		
電話番号	04-7100-××××		
日中連絡が取れる番号を御記入ください			

※ 記入漏れ等に注意し、わかりやすい大きな字で御記入ください。

※ 該当無いときは提出不要です。

※ お預かりした個人情報は、住民福祉大会に関わる事業の目的以外に利用することはありません。