岡山

（様式３）

（ＦＡＸ：０８６７－７１－２０８８）

社会福祉法人新見市社会福祉協議会

新見市災害ボランティアセンター　御中

　下記の日時において、災害派遣等従事車両証明書発行に係るボランティア活動を行う予定で

あることを確認願います。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 依頼日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| ２ | （フリガナ）  依頼者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３ | 連絡先 | 〒  ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  Email： |
| ４ | 活動日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）から  令和　　年　　月　　日（　　）まで |
| ５ | 活動場所 | 新見市社会福祉協議会または災害ボランティアセンターから指示のあった活動場所 |
| ６ | 活動内容 | 新見市において新見市社会福祉協議会または  災害ボランティアセンターから指示のあった業務など |

年　　月　　日

社会福祉法人新見市社会福祉協議会

新見市災害ボランティアセンター

貴殿のボランティア活動について、以上のとおり受入予定であることを確認いたしました。

**この文書では高速道路を無料で通行できません。**

高速道路を無料で通行するためには、この文書を添えて、各都道府県・市町村の

担当窓口において、**災害派遣等従事車両証明書**の発行を申請してください。

担　当：新見市災害ボランティアセンター

ＴＥＬ：０８６７－７２－７３０６

ＦＡＸ：０８６７－７１－２０８８

※活動日に、あらためて活動場所の社会福祉協議会または災害ボランティアセンターで登録願います。