FAX　0852-24-1020

**郵送先**　〒690-0852　松江市千鳥町70番地　松江市ボランティアセンター

**メール**　volunteer@shakyou-matsue.jp

※記載内容は「世界網膜の日in山陰」を主管される山陰網膜色素変性症協会にお知らせします。

**「世界網膜の日in山陰」ボランティア申込書**

**ボランティア参加申込**

**希望される募集枠①～⑦の（　　　）に○印をご記入ください。（複数可）**

令和４年９月２３日（金）

①ＪＲ松江駅　　　　　　　　１５：００～１９：００　　　　　（　　　）募集人数：　５名

②県民会館バス停　　　　　　１５：００～１９：００　　　　　（　　　）募集人数：　３名

③サンラポーむらくも　　　　１５：００～２１：００　　　　　（　　　）募集人数：２５名

令和４年９月２４日（土）

④ＪＲ松江駅　　　　　　　　　８：００～１４：００　　　　　（　　　）募集人数：　５名

⑤県民会館バス停　　　　　　　８：００～１４：００　　　　　（　　　）募集人数：　３名

⑥サンラポーむらくも【午前】　８：００～１３：００　　　　　（　　　）募集人数：２５名

⑦サンラポーむらくも【午後】１３：００～１８：００　　　　　（　　　）募集人数：２５名

**事前研修会参加申込**

**㋐～㋔の（　　　）どれか1つに○印をご記入ください。（必須）**

開催場所：松江市総合福祉センター　4階教養室（松江市千鳥町７０番地）

令和４年７月２７日（水）

㋐第１回　１５：００～１６：３０（　　　）　㋑第２回　１８：３０～２０：００（　　　）

令和４年７月３１日（日）

㋒第３回　１０：００～１１：３０（　　　）　㋓第４回　１３：００～１４：３０（　　　）

㋔視覚障がいのある方の誘導、介助の経験がある（　　　）

**申込者**

住　所　　　〒

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性　別　　男　・　女

連絡先

**※申込締切　令和４年６月３０日（木）**