

災害ボランティア活動願

年 月 日

聖隷クリストファー大学

_____ 学部長殿

学部学科： _____

学籍番号： _____

氏 名： _____

下記の災害ボランティア活動を公欠に準じる活動としてお認めいただきたくお願いいたします。

記

災害の名称	
災害ボランティア活動期間	
災害ボランティア活動に従事する場所（住所等）	
受入ボランティア団体名 （団体名・住所・電話番号等）	
災害ボランティア活動の内容	
学生本人の連絡先（携帯電話番号及びEメールアドレス等）	
保護者等の緊急連絡先	
欠席する授業	
天災に対応するボランティア活動保険への加入状況 （いずれかに○）	加入済み（保険の名称： _____） 加入予定（保険の名称： _____）

※以下は、保護者の方が記入してください。

上記のとおり、災害ボランティアに参加することに同意します。	
年 月 日	保護者氏名 _____（署名）

学部長(許可)	学科長	教務委員長	アドバイザー	教務事務センター