

平成 年 月 日

同意書

私は、下記の者が秋田ノーザンハピネッツ運営ボランティアスタッフとして活動することに同意いたします。

【応募者ご本人】

ふりがな

ご氏名

【保護者】

ふりがな

ご氏名

印

必要事項を記入し、FAXまたは、郵送にてお送りください。

〒010-0955
秋田県秋田市旭北栄町1-5 秋田県社会福祉会館 本館4F
秋田ノーザンハピネッツ(株)「運営ボランティアスタッフ」係
FAX:018-865-0522

