

令和 年 月 日

青森市障害者移送サービス 運転会員 登録申請書

青森市社会福祉協議会会長 様

申請者

住所

氏名

私は、青森市障害者移送サービス運転会員の登録を申請します。

記

ふりがな 氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	歳	性別 男・女	血液型	型
住所	職業			緊急連絡先 : ()		
電話番号	電話番号 :					
運転歴等	運転歴 : 年		※このボランティアをどこで知りましたか。			
	普通運転免許取得月日 : 年 月 日					
	運転制限 :					
活動希望日	月曜日	:	~	:		
	火曜日	:	~	:		
	水曜日	:	~	:		
	木曜日	:	~	:		
	金曜日	:	~	:		
備考						