

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 普通運転免許取得月日 : 年 月 日 運 転 制 限 :			※このボランティアをどこで知りましたか。			
活動希望日	月曜日	:	~	:			
	火曜日	:	~	:			
	水曜日	:	~	:			
	木曜日	:	~	:			
	金曜日	:	~	:			
備 考							