令和　　年度ボランティア会員名簿

番号	地区	グループ名	氏名	電話（携帯）	FAX	〒	住所	県社保※

※県社保…愛知県社協の保険に加入を希望しない場合は×　希望する場合は**プラン名**をご記入ください。

加入数　　名

受付