

送信日： 年 月 日

長崎県公立高等学校PTA連合会 御中

単位PTA名：

会 長 名： 印

担 当 者：

県高P連「団体総合保険」 ボランティア名簿

	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	備考
1		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
2		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
3		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
4		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
5		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
6		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
7		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
8		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
9		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
10		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	

送信先：株式会社 エーアイ FAX：095-820-7273 (TEL:095-820-5882)