

ボランティア受付票【個人用】

活動希望年月日 年 月 日 ()

受付 年 月 日

フリガナ		年齢	性別
依頼者氏名		歳	男・女
自宅住所	〒 —		
職業			
携帯電話番号	— —		
緊急連絡先	※ご自身以外の連絡先 — —		
ボランティア 保険加入状況	<input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> 今回加入を希望		
ボランティアセン ターへの来所方法	<input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> トラック <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()		
資格・技術・資機 材などについて	※災害ボランティア活動に関する資格や専門的な技術、資機材等お持ちの場合は枠内 にご記入ください。(例) 看護師、建築関係技術、高圧洗浄機等		

(注)

- 1 ボランティア保険に未加入の方には、活動の紹介をすることはできません。
- 2 記載いただいた個人情報は、災害ボランティアに関する業務及びボランティア活動保険加入業務以外には使用しません。