

災害ボランティア受付票（個人用）

○受付日時 令和 年 月 日（ ）

※ここに記載する個人情報は、災害ボランティアの登録・活動以外の目的で使用いたしません。

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	S・H 年 月 日 歳
住所	〒	電話番号	
		携帯番号	
緊急連絡先氏名	(続柄)	緊急時電話番号	
活動可能日	/ ()、 / ()、 / ()、 / ()、 / ()		
保険加入	<input type="checkbox"/> 加入済 (<input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 天災 <input type="checkbox"/> 感染) <input type="checkbox"/> 未加入		
災害ボランティア活動経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
資格・技能等	<input type="checkbox"/> 運転免許 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 自二 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		
車両の提供の可否	<input type="checkbox"/> 軽トラック <input type="checkbox"/> ワゴン車 <input type="checkbox"/> 普通車 <input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> その他()		
特記事項			

【事務局記入欄】 ※これより下には何も記入しないでください。

未成年ボランティア受入確認	<input type="checkbox"/> 保護者同伴 <input type="checkbox"/> 承諾書提出 <input type="checkbox"/> 保護者へ連絡確認 <input type="checkbox"/> 本人自己申告(2回目以降)
---------------	---

申し出	電話・来局	受付番号		受付担当	
-----	-------	------	--	------	--