

(様式 1-1)

災害ボランティア受付票 (個人用)

※2回目以降の方は、太線内のみ記入してください。

申込日 平成 年 月 日

受付状況	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回目以降 (前回の活動日 月 日)			
フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	大正 昭和 年 月 日 平成	歳
住所	〒 □□□□ - □□□□			
連絡先	《自宅》 — —		《メールアドレス》	
	《携帯》 — —			
活動期間	<input type="checkbox"/> 本日のみ <input type="checkbox"/> 月 日から 月 日まで (日間可能)			
災害ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 経験あり ()			
ボランティア保険	ボランティア活動のケガ等に備えて保険に加入して頂きます。(保険料は、全額センターで負担します。)		<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 未加入⇒(センターで申し込みます。)	
備考 (資格・特技等)				

※ この用紙にご記入いただいた内容及び当ボランティアセンターで追記した内容は、当ボランティアセンター運営の目的以外使用しません。

スタッフ記入欄

受付時間	:	受付担当者	
活動区分	<input type="checkbox"/> 一般 ・ <input type="checkbox"/> 専門 () ・ <input type="checkbox"/> スタッフ		
備考 (その他特記事項)			